# Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

## 29 477 Geneesmiddelenbeleid

**Nr. 345 Herdruk**[1]

**VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**
Vastgesteld 5 augustus 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 2 juli 2015 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 juni 2015 met een reactie op diverse onderwerpen in verband met het AO geneesmiddelen van 2 juli 2015 (Kamerstuk 29 477, nr. 331);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 juni 2015 inzake medicatiebeoordelingen (Kamerstuk 29 477, nr. 332);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 juni 2015 inzake het geneesmiddelentekorten (Kamerstuk 29 477, nr. 330);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2015 inzake de aanbieding van het rapport van de NZa «Onderzoek naar de toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg» (Kamerstuk 29 477, nr. 335);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 juni 2015 inzake de voortgang van de pilot met financiële arrangementen voor geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 328).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Lodders

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

[1] I.v.m. tekstuele correcties

kst-29477-345-n1
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

**Voorzitter: Lodders**
**Griffier: Teunissen**

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Agema, Bruins-Slot, Pia Dijkstra, Otwin van Dijk, Krol, Lodders, Rutte en Van Gerven,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

Aanvang 15.32 uur.

De **voorzitter**: Goedemiddag. Hartelijk welkom bij het algemeen overleg over de betalingsproblematiek voor dure geneesmiddelen. Dit algemeen overleg staat gepland van 15.30 uur tot 18.30 uur. Ik hoop dat wij het ruim binnen deze tijd kunnen halen. Gezien de hitte heeft de bode ons voorzien van een eigen kannetje water. Ik heet de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, haar ondersteuning, de Kamerleden, iedereen op de publieke tribune en de mensen die het debat op een andere manier volgen van harte welkom. Wij hebben een spreektijd van maximaal vier minuten afgesproken. Ik stel maximaal twee interrupties tijdens de eerste termijn van de Kamer voor. Normaliter begin ik bij de eerste spreker, maar mevrouw Dijkstra zou graag naar het afscheid van haar fractiegenoten gaan dat zal aanvangen na de regeling van werkzaamheden. Wij hebben daarom afgesproken dat mevrouw Dijkstra begint. Zij zal de vergadering dan ook tijdelijk of in ieder geval eerder verlaten.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dank u wel voorzitter en dank u wel collega's dat ik als eerste mag spreken. Ik zal hopelijk niet te lang weg zijn, want ik vind dit een heel belangrijk algemeen overleg.
Voorzitter. Er komen steeds weer nieuwe geneesmiddelen op de markt die patiënten kunnen helpen. Dat is prachtig nieuws. KWF verwoordt het als volgt: het zijn hoopvolle tijden voor patiënten met kanker. Behandelingen kunnen levensverlengend zijn en soms zelfs levensreddend. Maar tegelijkertijd brengen de nieuwe medicijnen dilemma's met zich mee, omdat de toegankelijkheid onder druk komt te staan. Ziekenhuizen kunnen de toenemende kosten steeds moeilijker opbrengen en in plaats van de patiënt direct te helpen, verwijzen ze hem soms liever door naar een ander ziekenhuis. Erger nog, patiënten worden soms niet doorverwezen, maar krijgen ook niet de behandeling die in de richtlijn is opgenomen. Het vertrouwen van de patiënt dat hij of zij de juiste zorg krijgt, wordt hiermee ernstig geschaad.
Toen het KWF dit probleem vorig jaar aankaartte, werd het nog vooral gezien als een probleem van de, weliswaar nabije, toekomst, maar nu zien we het ook al in de praktijk. Dat maakt meteen de urgentie duidelijk. Er is al sprake van praktijkvariatie of «postcodegeneeskunde», zoals die ook wel wordt genoemd. Toch horen wij al een aantal jaren achtereen dat het preferentiebeleid zijn vruchten afwerpt. Ik citeer de Minister. Ze zei oktober afgelopen jaar: «Het gaat ontzettend goed met het geneesmiddelenbeleid.» Bij de voorjaarsbegroting was er nog sprake van een meevaller van 0,4 miljard. Verwacht de Minister ook nog meevallers bij de najaarsbegroting? Kunnen we die dan inzetten voor het in elk geval oplossen van de acute problematiek?

De heer **Van Gerven** (SP): Mevrouw Dijkstra constateert dat er sprake is van «postcodegeneeskunde» – zoals wij dat noemen – dus dat je afhankelijk van de plek waar je woont, al dan niet een bepaalde behandeling krijgt of dat het ziekenhuis waar je je behandeling krijgt hierop van invloed is. Dat wordt geconstateerd of in ieder geval vermoed door het KWF. Wat vindt D66 daarvan?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dat vindt D66 onwenselijk.

De heer **Van Gerven** (SP): De Kamer heeft in het verleden heel nadrukkelijk uitgesproken dat zij geen postcodegeneeskunde wil. Hoe moet dit volgens D66 voorkomen worden?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Zoals ik net al aangaf, moeten we de acute problemen oplossen. Ik kom daar zo meteen nog op terug in verband met andere maatregelen. Wij zullen de problemen onder meer moeten oplossen door de samenwerking tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars te verbeteren. Er zijn adviezen gegeven door de NZa. Het KWF heeft na onderzoek ook adviezen gegeven. Ik zal de Minister vragen hoe zij daartegen aankijkt en wat zij haalbaar acht. Ik heb net al gezegd dat je voor de acute problemen zou moeten bekijken of er op dit moment extra geld beschikbaar is. Wij hebben heel veel gedaan aan de geneesmiddelen die uit patent zijn. Dat heeft veel geld opgeleverd. Ook het preferentiebeleid heeft geld opgeleverd. Mijn indruk is eigenlijk dat wij daarmee de andere kant een beetje veronachtzaamd hebben. In elk geval moeten nu de acute problemen worden opgelost. Voor de langere termijn heb ik nog andere aanbevelingen en daar wilde ik net mee beginnen.
Voorzitter. Zoals gezegd zijn er op de lange termijn ook maatregelen nodig. Zowel de NZa als het KWF heeft waardevolle aanbevelingen gedaan. Er is geen tijd om die vandaag allemaal te bespreken, maar een aantal aanbevelingen springt er wat mij betreft uit. Dat bleek ook tijdens het gesprek dat wij vanmorgen voerden. De NZa concludeerde dat de overheidsmaatregelen om de prijs te reguleren nog niet effectief genoeg zijn. Daar wil ik graag een reactie op horen van de Minister.
Verder benadrukken de verschillende onderzoeken het grote belang van Europese samenwerking, met name op het gebied van de geneesmiddelen waar geen alternatief voor beschikbaar is. De Minister gaat samenwerken met België om medicijnen goedkoper in te kopen. Dat is een goede stap, maar mijn vraag is of wij hiermee voldoende een vuist kunnen maken. De Minister zegt dat andere landen niet staan te springen om met ons samen te werken. Spelen deze problemen niet in andere landen? Als dat daar niet het geval is, wat kunnen wij daar dan van leren? Ik geloof echter niet dat dit daar niet ook aan de orde is.
De open toelating tot het pakket, waardoor geneesmiddelen snel op de markt komen, maakt dat patiënten snel kunnen worden geholpen. Maar die open toelating wordt ook bekritiseerd, want is alles wat wordt toegelaten wel effectief voor alle patiënten? Er wordt wel gemonitord, maar gebeurt dat voldoende gestroomlijnd? Weten wij precies wie baat heeft bij een geneesmiddel en wie niet? Is de voorwaardelijke toelating wel echt voorwaardelijk? Daar heeft de SP natuurlijk al vaak een punt van gemaakt. Ik zou hier graag een reactie op krijgen van de Minister. Wat betekent de voorwaardelijke toelating? Zou je die wellicht niet op een andere manier moeten vormgeven?
Het jaar van de transparantie lijkt nog niet op te gaan voor geneesmiddelen. Het is onvoldoende duidelijke welke nieuwe middelen er aankomen voor welke prijs. Dat wordt pas in een laat stadium bekend. Bovendien is onduidelijk hoe de prijzen tot stand komen. Het zijn eigenlijk de prijzen die de gek ervoor geeft. Kan de Minister reageren op de aanbeveling van de NZa hieromtrent? Van het KWF hoorden wij ook dat ziekenhuizen die aan trials, onderzoek, hebben meegewerkt, vaak ineens verrast worden door de extreem hoge prijzen die de fabrikanten vragen voor zo'n middel, als het uiteindelijk op de markt komt. De NZa, zorgverzekeraars en ziekenhuizen hebben aangegeven dat ze meer willen samenwerken om hun machtspositie te verbeteren. Kan de Minister aangeven waar wellicht de mededingingswet in de weg staat als het om deze voornemens gaat?

De **voorzitter**: De heer Krol verlaat de vergadering even voor de regeling van werkzaamheden.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Als kankerpatiënt ben je niet zeker van de behandeling waar je recht op hebt. Deze woorden zijn uitgesproken in het gesprek dat wij vanmorgen hadden met de brede werkgroep die onderzoek deed naar dure geneesmiddelen. Als patiënt ben je er niet langer zeker van dat je de zorg krijgt die medisch gezien noodzakelijk is. Krijg je een behandeling wel of niet vanwege medische of financiële overwegingen? Dat is de bijl aan de wortel van ons stelsel. Als die gedachte postvat, is dat ook een bedreiging voor de vertrouwensband tussen arts en patiënt.
Als patiënt heb je recht op zorg volgens de huidige stand van de wetenschap. Ziekenhuizen hebben gewoon de plicht om die te leveren. Zorgverzekeraars hebben de plicht om die te betalen. Patiënten die vermoeden dat ze bepaalde geneesmiddelen niet krijgen uit financiële overwegingen, moeten wat de SP betreft de zorgplicht via een spoedprocedure juridisch kunnen afdwingen bij de zorgverzekeraar. Graag krijg ik een reactie van de Minister hierop. Wij hebben ook een motie hierover in voorbereiding, indien nodig.
Dure geneesmiddelen zijn een probleem. De vraag moet niet zijn uit welk potje wij die dure geneesmiddelen gaan betalen, maar waarom de geneesmiddelen zo duur zijn. De farmaceutische industrie rooft maatschappelijk kapitaal, opgebracht door de 13,3 miljoen premiebetalers in Nederland. Deze maatschappelijke roof, veroorzaakt door de extreme prijsstellingen van bedrijven die uit zijn op exorbitante verrijking over de rug van patiënten, moet gewoon stoppen. Dit moet stoppen! Het is een monopolie waar de prijs wordt gevraagd die de gek ervoor geeft, zoals mevrouw Dijkstra al zei. Professor Schellekens zei dat hij die geneesmiddelen kan maken voor een honderdste van de prijs en het is natuurlijk idioot dat dit niet gebeurt. Denk in dit verband aan de discussie over de geneesmiddelen voor de ziektes van Pompe en Fabry. Wij moeten ons dan ook niet langer collectief laten strippen door het bedrijfsleven, door de industrie die het begrip «maatschappelijk verantwoorde prijsstelling» niet kent. Onderschrijft de Minister de volgende stelling: waar de markt faalt, moet de overheid ingrijpen? Hoe kunnen wij de prijs van de medicijnen effectief reguleren tot een reëel niveau? De vraagprijs moet toch de productieprijs zijn plus een maatschappelijk acceptabele winstmarge? De SP heeft een aantal ideeën hierover waarop zij graag de reactie van de Minister krijgt.
Het eerste idee is een revolverend ontwikkelfonds voor weesgeneesmiddelen en gewone geneesmiddelen om de macht van de grote farmaceutische bedrijven te doorbreken. Het tweede is inzicht krijgen in de werkelijke kostprijs van geneesmiddelen, zodat op basis van de werkelijke kostprijs onderhandeld kan worden over acceptabele prijzen en winstmarges. Voor deze geneesmiddelen moet er een centrale inkoop door verzekeraars zijn, eventueel samen met andere landen, om meer marktmacht tegenover de farmaceutische industrie te organiseren. Als de doelgroep vergroot wordt, dient de prijs navenant te dalen. Nogmaals, zorgverzekeraars mogen hun zorgplicht niet afschuiven op ziekenhuizen. Het afgelopen jaar was hun winst 1,9 miljard volgens de cijfers. Als er dus een groep is die in ieder geval een zekere marge heeft om te handelen, is dat wel de groep van zorgverzekeraars. Zij hebben een zorgplicht.

De **voorzitter**: Wilt u afronden?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik ga richting afronding. Kunnen we meer overschakelen van biologicals op biosimilars? Kunnen we meer magistrale bereidingen organiseren? Kunnen we aanvullende wetgeving maken zodat het middel niet wordt vergoed, als de prijs niet wordt verlaagd? Dat

is een aanscherping van de toelating dure geneesmiddelen. Ik denk dat wij dat wapen achter de hand moeten houden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Allereerst wil ik de NZa en de werkgroep dure geneesmiddelen van het KWF met de rapporten complimenteren. Ik ben echt onder de indruk van wat zij binnen tweeënhalve maand hier op de mat hebben gelegd.
Veel mensen maken zich zorgen omdat ze steeds moeilijker of zelfs helemaal geen toegang meer krijgen tot de dure medicijnen die ze nodig hebben. Het CDA merkt dat dit wantrouwen ook de spreekkamer van de arts binnensluipt en dat mag echt niet het geval zijn. De keerzijde van de komst van de vele levensreddende geneesmiddelen is dat de prijs ervan steeds hoger wordt. De Nederlandse Zorgautoriteit trekt de conclusie dat er een reële kans is dat de toegankelijkheid van de behandeling met dure geneesmiddelen in de nabije toekomst onder druk komt te staan. De werkgroep dure geneesmiddelen van het KWF zegt dat patiënten in sommige gevallen al niet de geneesmiddelen krijgen die noodzakelijk zijn. Dat laatste is natuurlijk een heel ernstige uitspraak. Hoe kijkt de Minister tegen die twee afwijkende constateringen aan? Mijn beide collega's hebben bovendien al gezegd dat er weer postcodegeneeskunde is in Nederland.
De beide rapporten maken één ding klip-en-klaar, namelijk dat de Minister in actie moet komen. Het CDA ziet maatregelen op de korte en de lange termijn voor zich. Ik ga eerst in op de korte termijn. De uitgaven aan dure geneesmiddelen stijgen in 2015 en 2016 veel harder dan gedacht. Het kan niet zo zijn dat de Minister aan de ene kant een meevaller van 2 miljard heeft vanwege de goedkope geneesmiddelen en dat er aan de andere kant onvoldoende geld overblijft voor de dure geneesmiddelen. De vraag is dan ook hoe deze rekening betaald zal worden. Het voorstel van het CDA bestaat op dit punt uit twee delen. Het eerste is de vraag aan de Minister om samen met ziekenhuizen en zorgverzekeraars te bekijken of er een nieuwe set afspraken voor het bestuurlijke hoofdlijnenakkoord kan komen om op het gebied van de dure geneesmiddelen tot goede contractafspraken te komen. Het tweede is om ervoor te zorgen dat er in 2016 als noodverband een apart geclausuleerd budget dure geneesmiddelen komt, zodat het welles-nietesspelletje over het betalen van de rekening en de onzekerheid van de patiënt stopt.
Voor de lange termijn vraagt het CDA aan de Minister om met een verzameling aan maatregelen te komen, want eigenlijk is er nu een interessante gereedschapskist. Het CDA wil op enkele voorstellen alvast een reactie. Een van de grootste problemen is de farmaceutische industrie zelf. Haar doel is het maken van winst. Zij heeft echter ook een maatschappelijke plicht. De farmaceutische industrie werkt op dit moment met guerrillatactieken om de prijzen te manipuleren en artsen voor het blok te stellen. Dat kun je ook wel concluderen aan de hand van het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit. Hoe kan de Minister de farmaceutische industrie de pas afsnijden?
Uit het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit blijkt ook dat een aantal problemen juist in Europa ligt. Dan gaat het bijvoorbeeld om perverse prikkels om weesgeneesmiddelen te ontwikkelen. Het CDA vraagt de Minister om de evaluatie van dit Europese beleid tijdens het Nederlandse EU-voorzitterschap met prioriteit op de Europese agenda te zetten. Een ander punt is dat zowel de Nederlandse Zorgautoriteit als de werkgroep dure geneesmiddelen vragen om krachtenbundeling op landelijk en Europees niveau om zo gezamenlijk in te kopen. Ik hoorde mijn beide collega's hiervoor ook al die suggestie doen. Wat wil de Minister doen om dit voor elkaar te krijgen?
Ik kom tot een afronding. De pijler onder onze gezondheidszorg is solidariteit. Iedere Nederlander heeft echt recht op gelijkwaardige zorg. Er

mag geen wantrouwen over die zorg bij patiënten ontstaan in die zin dat dit voor dure geneesmiddelen niet langer het geval is.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Ik vervang vanmiddag mijn collega Klever, die ik beterschap wens. Onder het kabinet-Balkenende IV was ik woordvoerder geneesmiddelen en toen ik hoorde dat ik mevrouw Klever ging vervangen, dacht ik: dan moet ik vanmiddag nog even enorm bijspijkeren. Maar eigenlijk is dit dossier heel eenvoudig. Dure geneesmiddelen zitten in het basispakket en patiënten hebben er dus gewoon recht op. De vergoedingen komen nu uit het ziekenhuisbudget. Dat is in sommige gevallen op en de zorgverzekeraars weigeren om voor te schieten. Dat is een systeemfout en voor dat systeem is Minister Schippers verantwoordelijk. Wij verwachten vandaag dan ook een oplossing van haar, want het kan niet zo zijn dat mensen die zeer ernstig ziek zijn niet kunnen rekenen op de medicijnen waar ze simpelweg recht op hebben.
Verder gaat het natuurlijk over de torenhoge prijzen. Als de prijzen omlaaggaan, kunnen er meer patiënten geholpen worden. Maar dat is wel vers twee. De Minister heeft de verantwoordelijkheid om zich daarin meer te verdiepen en om daar meer op te sturen.
De Minister is verantwoordelijk. Zij is systeemverantwoordelijk. Deze situatie kan niet langer doorgaan.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Voorzitter. De discussie over dure medicijnen is ingewikkeld. Je hebt het namelijk al gauw over de kosten van dure medicijnen en de macrobeheersbaarheid. Maar als je ernstig ziek bent, ben je blij dat er geneesmiddelen zijn die de kwaliteit van jouw leven flink kunnen verbeteren en soms zelfs levensreddend zijn. Dat kunnen wel heel dure geneesmiddelen zijn, maar een patiënt hoort het middel te krijgen dat hij nodig heeft, ook als het heel duur is.
Toch stellen de kosten van dure geneesmiddelen en vooral de stijging van die kosten, ons voor dilemma's die wij moeten bespreken en ook oplossen. Er zijn daarvoor goede rapporten verschenen van de NZa, van het KWF en ook van de NVZ. Deze rapporten hebben eigenlijk drie dingen gemeen: de werking van het stelsel, het voorschrijfgedrag van artsen en de bizar hoge prijzen die fabrikanten voor geneesmiddelen durven te rekenen.
Ten eerste ga ik in op de werking van het stelsel. Het overhevelen van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget is op zichzelf een logische stap. De middelen worden voorgeschreven door de medisch specialist en patiënten staan onder controle bij diezelfde medisch specialist. Je kunt geneesmiddelen niet los zien van de hele behandeling. Ziekenhuizen zijn beter in staat om te monitoren of het geneesmiddel ook echt effectief is en kunnen ook goedkoper inkopen. Bovendien dwingt het feit dat deze geneesmiddelen deel uitmaken van het ziekenhuisbudget tot doelmatig voorschrijven door de medisch specialist. Ik zie echter ook dat de prijzen van dure geneesmiddelen harder stijgen dan de budgetstijging van 1% die is afgesproken in het hoofdlijnenakkoord. Dat kan een probleem opleveren. Artsen kunnen onder druk worden gezet om niet het juiste, dure medicijn voor te schrijven. Patiënten lopen het risico om doorgestuurd te worden naar een ander ziekenhuis en dat is iets wat wij echt niet willen. Bij de IGZ is er een meldpunt waar artsen terechtkunnen als zij zich onder druk gezet voelen om anders voor te schrijven dan zij zouden willen. Kan de Minister aangeven hoeveel meldingen er bij dat meldpunt zijn binnengekomen?
Indien het budget voor dure geneesmiddelen echt te laag zou zijn, moet de Minister in gesprek gaan over de hoogte van het budget als onderdeel van het totale budget voor medisch specialistische zorg. Maar – zo durf ik wel te vragen – is een zak geld alleen werkelijk de oplossing? Ook de NZa wijst erop dat geneesmiddelen niet als geïsoleerd thema moeten worden

gezien, maar als onderdeel van de medisch specialistische zorg. Ook de manier waarop geneesmiddelen in ons verzekerd pakket stromen kan kritischer bekeken worden. De heer Van Gerven had het daar ook al over. Is een geneesmiddel werkelijk effectief? Kan een passende prijsstelling onderdeel zijn van de toelating?
Mijn tweede punt is het voorschrijfgedrag van artsen. Uit de rapporten van KWF en NZa blijkt dat er een enorme praktijkvariatie is. Voor een deel is die verklaarbaar, maar voor een groot deel ook niet. Van de NVZ heb ik begrepen dat erop wordt ingezet om het voorschrijfgedrag van artsen met beroepsrichtlijnen te verbeteren. Dat is goed, maar wij spreken daar al jaren over. Wanneer zijn die richtlijnen er nu eens? Hoe zorgen wij ervoor dat ze onafhankelijk zijn? Welke rol speelt de Minister daarin?
Nu kom ik op het derde punt, de geneesmiddelenprijzen. Ik blijf mij verbazen over de soms bespottelijk hoge prijzen van geneesmiddelen. Vaak is daar geen rationele grondslag voor. Alle rapporten roepen op om wettelijke maatregelen te nemen om de prijzen te drukken. Zolang de farmaceutische industrie in Europa meer dan 16 miljard euro aan marketing uitgeeft, valt er aan de hoogte van de medicijnprijzen echt nog wel wat te doen. Het verder inzetten op het ontwikkelen van biosimilars als goedkope alternatieven en het in Europees verband aanpakken van de prijzen van de farmaceutische industrie zijn hard nodig. Welke acties gaat de Minister ondernemen om tijdens het Nederlandse EU-voorzitterschap gezamenlijke Europese afspraken te maken om iets te doen aan de torenhoge geneesmiddelenprijzen? Elk land doet dat nu voor zich, maar er valt nog een wereld te winnen. Ik zie dat de voorzitter naar mij kijkt, dus ik rond mijn inbreng snel af. De NZa heeft een aantal goede aanbevelingen gedaan om de geneesmiddelenprijzen aan te pakken. Ik neem aan dat de Minister die aanbevelingen verwerkt in de integrale visie waarmee zij dit najaar, zoals toegezegd, komt en dat wij dan ook een aantal concrete maatregelen zien om in te grijpen in de kosten, de inkoop en de prijzen van geneesmiddelen. Op die manier zorgen wij ervoor dat geneesmiddelen toegankelijk en betaalbaar blijven voor iedereen die ze nodig heeft.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik neem aan dat de PvdA-fractie ook tegen postcodegeneeskunde is en vindt dat in elk ziekenhuis in principe de juiste behandeling op medische gronden moet worden gegeven. Daar is de hele Kamer ongetwijfeld voor. Ik wil de woordvoerder van de PvdA specifiek vragen naar de rol van de zorgverzekeraar. Is het niet de dwingende plicht van een zorgverzekeraar om ervoor te zorgen dat er geen postcodegeneeskunde kan ontstaan, als wij het hebben over het thema van de dure geneesmiddelen? Heeft de zorgverzekeraar de plicht om alles zo te organiseren en in te kopen dat dit ook niet gebeurt?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Het korte antwoord is: ja, zeker.

De heer **Van Gerven** (SP): Dan is de vervolgvraag of dat nu voldoende gebeurt. Vindt de Partij van de Arbeid dat de zorgverzekeraars deze zorgplicht voldoende nakomen? In de praktijk zijn er duidelijke aanwijzingen dat dit niet gebeurt. In vijftien ziekenhuizen worden medicijnen niet verstrekt, terwijl dit wellicht wel aan de orde zou moeten zijn. Hoe kijkt de Partij van de Arbeid daartegen aan? Hoe moeten de zorgverzekeraars hun rol invullen om postcodegeneeskunde te voorkomen?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Niemand in de Kamer, niemand in Nederland wil postcodegeneeskunde. Daarin spelen de zorgverzekeraars een rol, maar ook de beroepsgroep zelf. De beroepsgroep moet goede beroepsrichtlijnen maken en die ook onderdeel maken van de onderhandelingen met de zorgverzekeraar. Dat is dan een maatstaf waarop je uiteindelijk voldoende kwaliteit inkoopt. Volgens mij is het helder. Een zorgverzekeraar heeft een zorgplicht en moet die nakomen. Op het

moment dat dit niet gebeurt, moet de NZa ingrijpen of vinden wij er wat van. Maar de zorgverzekeraar speelt daar zeker een rol in.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. De toekomst van de zorg zullen wij meer en meer moeten vormgeven aan de hand van oplossingen voor heel ingewikkelde dilemma's. Over een van die buitengewoon ingewikkelde dilemma's hebben wij het vandaag. Er vindt nu een fantastische ontwikkeling plaats in de farmaceutische zorg, namelijk dat allerlei patiënten, vooral kankerpatiënten maar ook patiënten met andere aandoeningen, de komende jaren in een keer een perspectief zullen hebben op een beter en langer leven, terwijl er nu voor hen geen behandeling is. Dat is een fantastische ontwikkeling. Tegelijkertijd is het kostenbeslag van de middelen die daarvoor nodig zijn, zo enorm dat ziekenhuizen in de financiële problemen dreigen te komen of dat wij met elkaar de premies fors moeten gaan verhogen. Dit zijn heel ingewikkelde problemen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Volgens mij is het helemaal niet zo ingewikkeld als de heer Rutte zegt. Het gaat om dure geneesmiddelen, maar mensen die ernstig ziek zijn hebben daar via het basispakket gewoon recht op. Als dit zo vormgegeven wordt dat die middelen vanuit het ziekenhuisbudget betaald worden en de verzekeraars niet bijspringen, heeft de Minister gewoon een probleem als systeemverantwoordelijke. Dat probleem moet opgelost worden in plaats van dat er een rookgordijn opgetrokken wordt dat het heel erg ingewikkeld is. Is de heer Rutte dat met mij eens?

De heer **Rutte** (VVD): Ik ben het eens met mevrouw Agema. Als wij vinden dat een bepaalde behandeling aangewezen is, moet de patiënt die krijgen. Daar ben ik het dus mee eens. Maar het is nogal simplistisch om te zeggen dat dit geen problemen oplevert, want als we daar niet van alle kanten goed naar kijken, jagen wij de zorgkosten enorm omhoog en dat leidt tot heel hoge premies. Als mevrouw Agema zegt dat dit niet zo is, leeft zij in een heel andere werkelijkheid dan ik.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het is toch niet te geloven dat de heer Rutte van de VVD hier nu begint over de zorgkosten terwijl er mensen met kanker zijn die gewoon hun geneesmiddelen niet krijgen. Het kan toch niet zo zijn dat de VVD dat hier ter sprake brengt. Ik zei al dat ik onder het kabinet-Balkenende IV ook woordvoerder was voor geneesmiddelen. Toen zei de VVD dit echt niet in dit huis. Volgens mij is het prima als de VVD strijdt voor lagere prijzen, maar dat is niet de oplossing van het acute probleem. Het probleem is dat mensen recht hebben op medicijnen, maar deze vanwege het systeem niet krijgen. Is de heer Rutte het met mij eens dat wij dat nu moet oplossen?

De heer **Rutte** (VVD): Ik was nog aan het begin van mijn betoog. Ik blijf erbij dat we te maken hebben met een heel complexe problematiek over de houdbaarheid van de zorgkosten in relatie tot het steeds meer kunnen helpen van nieuwe patiënten. Patiënten die men eerst nog niet kon helpen, kan men straks wel helpen, maar zoiets komt wel met een prijs. Dit zijn ingewikkelde problemen. Dit staat los van de zorgplicht die er op dit moment is voor de zorg. De zorg waar iemand conform de richtlijn recht op heeft, moet gewoon geleverd worden. Dat staat helemaal niet ter discussie. Maar ik zou het niet willen simplificeren. Je kunt niet doen alsof ik mensen probeer zorg te onthouden, als ik zeg dat het ingewikkeld is voor de toekomst van de zorgkosten. Dat vind ik nogal schaamteloos en dat wil ik hier ook gewoon zeggen. En daar blijf ik ook bij. Dat is wel de suggestie die net werd gedaan, terwijl ik mijn betoog niet eens had afgerond. Het zou goed zijn als mevrouw Agema gewoon eens even naar mij zou luisteren.

De **voorzitter**: U daagt mevrouw Agema uit, dus ik geef haar de gelegenheid om hier kort op te reageren.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik zou me niet aangesproken moeten voelen maar het was de heer Rutte die heel hard, hardvochtig, met de geldkwestie aan kwam zetten.

De heer **Rutte** (VVD): Ik moet even doorademen naar aanleiding van wat ik nu hoor. Maar goed, ik laat het even wegzakken.
Voor de VVD staat voorop dat een behandeling die voldoet aan de medische richtlijn en die van voldoende meerwaarde is voor de kwaliteit van leven, gegeven moet worden. Passend gebruik heet dat. Op die behandeling heeft een patiënt op dit moment gewoon recht. Zowel het ziekenhuis als de zorgverzekeraar heeft een zorgplicht. Die staat niet ter discussie, maar kan wel leiden tot problemen op de korte termijn. Het is interessant dat de deskundigen in de rapporten die wij vandaag zagen, het over heel veel dingen met elkaar eens zijn. Ja, er komen fantastisch nieuwe behandelperspectieven en ja, die komen met een enorme prijs. Als we ergens aan het stelsel sleutelen, dreigen de kosten daarvan alle andere zaken die wij ook heel belangrijk vinden, uit het mandje te duwen, terwijl wij juist zo lang mogelijk en zo veel mogelijk het nieuwe behandelperspectief willen kunnen bieden aan mensen. Wij zullen dit voor de toekomst dus goed moeten oplossen, nog afgezien van de acute problematiek.
Onder andere het KWF suggereerde om de kosten na te calculeren. Het zei: laten we de kosten gewoon in rekening brengen zoals ze zijn en dan calculeren wij de kosten na een tijd wel na, want dan is het voor de ziekenhuizen op dit moment hartstikke goed opgelost. De VVD kiest niet voor die oplossing. Ik vind het belangrijk dat wij in drie fasen bekijken hoe wij dit goed kunnen doen in de toekomst. Dat kan ten eerste alleen als wij aan de voorkant, bij de toelating van de geneesmiddelen anders en strenger gaan kijken. De heer Van Gerven zei hier ook al wat over. Als ik het goed begrijp – als het anders is hoop ik dat van de Minister te horen – is het nu nog zo dat een middel, als de Europese instantie EMA (European Medicines Agency) zegt dat ze daarmee akkoord gaat, in principe automatisch het pakket instroomt. De VVD kan zich voorstellen dat wij strenger moeten zijn. Wij moeten beter bekijken of bij een bepaald middel een passend prijsarrangement hoort dat recht doet aan bijvoorbeeld passend gebruik. Moet niet van tevoren geregeld worden dat het pay for performance is? Moet niet van tevoren afgesproken worden dat de prijs daalt als een indicatiegebied groter wordt? Nu gebeurt dit pas terwijl het middel al op de markt is, maar dat maakt de onderhandelpositie veel slechter en maakt het dus veel moeilijker om dit te doen. Graag krijg ik hierop een reactie van de Minister.
Ten tweede moeten wij volgens mij veel beter forecasten. Welke middelen komen eraan? Wanneer komen ze? Het feit dat ziekenhuizen en verzekeraars nu zeggen dat de afspraken voor dit jaar niet kloppen, is toch wel vreemd, want we zijn nog maar halverwege. Waar heeft het dan ontbroken aan kennis? Hoe zorgen wij ervoor dat er een betere forecast op tafel ligt, zodat ziekenhuizen en verzekeraars beter kunnen onderhandelen en beter weten waar zij aan toe zijn?
Als ten derde aan de achterkant blijkt dat er op basis van objectieve criteria contracten zijn gesloten tussen verzekeraars en ziekenhuizen en de realisatie gedurende het jaar totaal anders is, kunnen wij er dan voor zorgen dat partijen gedurende het jaar desnoods opnieuw met elkaar in gesprek gaan en bekijken hoe ze er uitkomen? De heer Van Dijk zei dit ook al. Het gaat hier primair om de contractpartijen, dus ziekenhuizen en verzekeraars. Wellicht kan de Minister daar ook een rol in spelen als daar overall een probleem ligt.

Als we dat op die manier zouden doen, dus volgens die fasen, zouden wij tot een oplossing komen waarmee alle belanghebbenden wellicht een klein beetje ontevreden zijn. Het zou kunnen zijn dat patiënten iets langer moeten wachten totdat de middelen op de markt komen. Het zou ook kunnen zijn dat de farmaceuten een deel van hun marge moeten inleveren. Het kan ook zijn dat ziekenhuizen niet 100% maar slechts een beetje gecompenseerd worden. Verder kan het zijn dat verzekeraars toch iets meer geld moeten leveren en de premies stijgen. Maar een oplossing waarmee iedereen mild ontevreden is, is misschien het allerbeste bij dit soort ingewikkelde dilemma's.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het CDA vindt het belangrijk dat er geen wantrouwen is in de spreekkamer tussen artsen en patiënten, omdat patiënten het idee hebben dat ze bepaalde middelen niet meer krijgen. Vanochtend tijdens de briefing gaf een patiënt aan dat het wantrouwen inmiddels de spreekkamer binnengetreden is. Dat is echt heel zorgelijk. Wat wil de heer Rutte op de korte termijn daaraan doen? Hoe zal hij ervoor zorgen dat het wantrouwen en de angst dat men dure geneesmiddelen niet langer krijgt, uit de spreekkamer verdwijnen?

De heer **Rutte** (VVD): Of we dat helemaal kunnen wegpoetsen op korte termijn weet ik niet. Ik denk dat het goed is als ziekenhuizen en verzekeraars op korte termijn open met elkaar hierover in gesprek gaan als zij er echt niet uitkomen. Het kan zijn dat een individueel ziekenhuis door zijn budget heen is, maar dat de verzekeraar het budget van een ander ziekenhuis kan overhevelen, zodat ze er uitkomen. Pas als je met elkaar in gesprek gaat, kun je zoiets doen. Wellicht moet er in sommige gevallen ook extra geld bij. Dat vind ik moeilijk om in te schatten. Laat men dat gesprek voeren. Laten we dat niet aan deze tafel voeren, want wij kunnen hier geen afspraken over maken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is goed dat de heer Rutte de deur naar het idee dat er misschien extra financiën nodig zijn, niet meteen dichtgooit. Professor Van der Hoeven zei vanochtend heel duidelijk: we hebben regie nodig; we hebben iemand nodig die op dit moment de leiding neemt, aan de slag gaat en ervoor zorgt dat wij als partijen echt tot concrete daden komen. Ik hoor de heer Rutte steeds heel nadrukkelijk spreken over de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. Betekent dit dat de Minister kan achteroverleunen?

De heer **Rutte** (VVD): De contracten worden gesloten tussen de zorgaanbieders en de verzekeraars. Zij zijn primair aan zet. Als er een overkoepelend, groter probleem is, kan het helpen als de Minister zich ook openstelt voor een gesprek. Laat de contractpartners nu in eerste instantie hun verantwoordelijkheid nemen, want zij zitten aan tafel.

De heer **Krol** (50PLUS): Voorzitter. Ik hoop dat ik niet te veel dingen dubbelop zeg, omdat ik een deel van het debat heb moeten missen. Voorzitter. Volgens hoogleraar Medische Oncologie Kees Punt krijgt de helft van de darmkankerpatiënten niet het medicijn dat volgens de richtlijn is voorgeschreven. Veel ziekenhuizen hebben daar geen geld voor. Sommige zorgverzekeraars compenseren voor extra kosten, maar andere slechts gedeeltelijk of helemaal niet. Dit leidt ertoe dat sommige ziekenhuizen de behandeling wel aanbieden, maar de meeste niet. Hierdoor ontstaat een soort postcodegeneeskunde. Dit is des te kwalijker omdat patiënten hierover niet altijd worden voorgelicht en dus niet weten dat er een ander middel bestaat dat hen wellicht kan helpen. Artsen hebben een zorgplicht. Zij moeten het best mogelijke middel aan hun patiënt kunnen voorschrijven. Iedereen moet dezelfde behandeling kunnen krijgen in

dezelfde situatie. Zo concludeert ook het KWF. Wat is het oordeel van de Minister daarover?
Om in de toekomst de betaalbaarheid en beschikbaarheid beter te kunnen beheersen, moet de prijs van medicijnen omlaag. De farmaceutische industrie moet de prijsopbouw en het verdienmodel van geneesmiddelen transparant maken. Internationale samenwerking is een van de middelen om lagere prijzen te bedingen. De Minister is inmiddels een pilot gestart. Daarnaast opperen genoemde organisaties een apart financieel kader voor dure geneesmiddelen en pleiten zij voor koppeling van prijzen. Als blijkt dat een middel tegen meerdere aandoeningen werkzaam is, zal de omzet stijgen en kan de prijs omlaag. Daarover moeten ook afspraken gemaakt worden met de farmaceuten. Kan de Minister hierop reageren?
Dit is een vraagstuk met vele facetten. Het is zo groot dat je je kunt afvragen of daar niet in breder verband over gesproken moet worden. Wat vindt de Minister van het idee van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) om hier een maatschappelijk debat over te organiseren?
Ook de brief over de medicatiebeoordelingen staat vandaag op de agenda. Naar ons idee is dat bezijden het hoofdonderwerp, maar niettemin een belangrijk onderwerp. Met permissie betrek ik ook de brief inzake de motie-Voortman van 19 juni hierbij, aangezien hierin ook mijn vraag over het buiten het eigen risico plaatsen van medicatiebeoordelingen werd aangehaald. De criteria om in aanmerking te komen voor een medicatiebeoordeling zijn aangescherpt. De leeftijd is verlegd naar 75 jaar en het aantal medicijnen naar zeven. Dat is vreemd, aangezien de Minister zelf aangeeft dat mensen al vanaf 65 jaar een groter risico lopen dan jongere volwassenen. Dat is reden genoeg om de medicatiebeoordeling voor 65-plussers uit het eigen risico te halen. Dat weigert de Minister echter met het argument dat deze mensen hun eigen risico toch wel opmaken. Dat is bijna een belediging. Het is alsof je zegt: u bent toch ziek, dus waarom zouden we hier nog geld insteken? 50PLUS wil van de Minister weten wat de werkelijke reden is. Sinds gisteren handhaaft de Inspectie voor de Gezondheidszorg meer op de uitvoering van de medicatiebeoordeling, maar er is iets vreemds aan de hand. Ons bereiken namelijk signalen dat mensen hun medicatiebeoordeling uitstellen of helemaal niet laten uitvoeren, omdat ze het niet kunnen betalen. Is de Minister het met ons eens dat het hier in feite gaat om een onwenselijke zorgmijding zuiver vanwege de kosten? Is de Minister het met ons eens dat een medicatiebeoordeling op het moment dat die nodig of wenselijk is, altijd uitgevoerd moet worden? Kan zij dat toelichten? Hoe kan zij de IGZ laten handhaven op de uitvoer als mensen om deze reden uitstel of afstel willen? Is de Minister het met 50PLUS eens dat de medicatiebeoordeling standaard uitgevoerd zou moeten worden gezien het feit dat dit én gezondheidswinst kan opleveren én zorgkosten kan besparen?

De **voorzitter**: Dank u wel. Daarmee is een eind gekomen aan de eerste termijn van de Kamer. De Minister zal meteen doorgaan met de beantwoording. Ik spreek met de leden af dat ik een tweetal interrupties zal toestaan in deze termijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Eigenlijk hebben we heel goed nieuws. Laten we ten eerste vieren dat er ontzettend veel nieuwe medicijnen zijn of aankomen die enorm veel gaan betekenen voor patiënten. In de afgelopen jaren hebben wij heel veel «me too»-achtige medicijnen gezien. Overal waar je komt, is de algehele notie dat er op verschillende terreinen medicijnen aankomen die echt een betere kwaliteit van leven voor mensen gaan betekenen. Zij kunnen echt een groot voordeel voor mensen persoonlijk gaan betekenen. Dat is ontzettend mooi, want daar wordt heel veel in geïnvesteerd, niet alleen door de farmaceutische industrie, maar

ook door de universiteiten. Over de hele wereld staan allerlei mensen in een laboratorium om dat voor elkaar te krijgen. Dat is echt heel erg positief.
Ten tweede is het heel erg positief dat er veel medicijnen komen die veel meer op de mens zijn toegesneden. Ik was bij het Hubrecht Institute. Daar zei men mij dat wij heel veel medicijnen hebben die bij 40 mensen werken, maar die wij toch aan 100 mensen geven. 60 mensen slikken die medicijnen dus en ondervinden de zware bijwerkingen, terwijl de medicijnen voor hen helemaal niets doen. De nieuwe ontwikkeling is dus heel mooi, want ten eerste krijg je meer op patiënten toegesneden medicijnen en ten tweede wordt het mogelijk om met organoïden te werken. Bij het Hubrecht Institute halen ze cellen uit iemands lichaam en passen ze het medicijn daarop toe. Als ze niet werken, worden de patiënt al die bijwerkingen bespaard, want dan krijgt hij dat medicijn niet. Dat zijn allemaal ontwikkelingen die een enorme toekomst kunnen hebben en ons ontzettend ver kunnen brengen. Dit zou hartstikke mooi zijn en daarom moeten wij daar vooral mee doorgaan.
Natuurlijk gaan die ontwikkelingen ook wel problemen veroorzaken, want als je meer op mensen toegesneden medicijnen krijgt, ontwikkel je die voor kleinere groepjes en daardoor worden de medicijnen omgerekend veel duurder voor de groep die de medicijnen krijgt. Je kunt dus niet zeggen dat je in deze context niet over de financiële ontwikkeling zou moeten praten, omdat mensen beter worden. Want als je het hebt over medicijnen die zo'n 300 miljoen macro beslag leggen per medicijn en je er daar een aantal van krijgt, loopt het rap op. Dan is het des te belangrijker dat je weet wat die medicijnen doen en hoe goed ze eigenlijk werken.
Ik vind zelf ook dat wij kritisch moeten kijken naar de prijsstelling van de medicijnen. Toen het KWF-rapport vanochtend werd gepresenteerd, zei ik ook al dat het inderdaad wel een beetje is «wat de gek ervoor geeft». Ik sprak laatst een farmaceut – ik zal niet zeggen over wie en over welk medicijn dit gaat – die tegen mij zei: ik had dit eigenlijk wel 60% duurder in de markt kunnen zetten. Daar word ik een beetje allergisch van, want ik ben van mening dat er wel een relatie moet zijn tussen de kosten en de prijsstelling. Als je heel veel risico loopt, kan ik mij heel goed voorstellen dat je dat verwerkt in de prijs van je medicijnen. Ik weet ook dat een aantal medicijnen mislukt en dat die dus bekostigd worden uit de gelukte medicijnen. Dat begrijp ik allemaal, maar er moet wel een relatie zijn. Ik denk dat wij wat dat betreft een beetje van het pad aan het raken zijn. Om die reden heb ik vijf maanden geleden aan zowel de NZa als het KWF gevraagd om mij te helpen met dit probleem en om mij te adviseren. Het KWF had al een rapport geschreven en was al in discussie gegaan. Ik heb het KWF een aantal onderzoeksvragen gegeven en ik dank het KWF hartelijk, want het heeft deze onderzoeken binnen vijf maanden – dat is echt hartstikke snel – gepresenteerd. Het KWF heeft allerlei onderzoeken op dit terrein gedaan om mij dit advies te kunnen geven.
Ik hoop dat de leden begrijpen dat ik nu niet direct met een reactie kan komen als hier vijf maanden op is gestudeerd door het KWF. Ik heb het rapport vanmorgen in ontvangst genomen en dus heb ik het nog niet gelezen. Ik heb wel een presentatie gehad, net als de leden. De hoofdlijnen weet ik dus ongeveer wel. Ik wil het rapport goed bestuderen, omdat ik anders geen recht doe aan al dat werk. Dat geldt ook voor het rapport van de NZa.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dit lijkt erop alsof de Minister niets wil zeggen. Ik heb allebei de rapporten net gewoon gelezen. Dus ik neem aan dat de Minister wel iets gelezen heeft of is ze blanco dit overleg ingegaan?

Minister **Schippers**: Ik heb een briefing gekregen over het rapport. Als mij een rapport gepresenteerd wordt, zoals vanmorgen, kan ik wel zeggen dat ik het gelezen heb en dat ik meteen besluiten zal nemen, maar dat

vind ik niet zorgvuldig. Dit is ontzettend complex. Je kunt wel denken dat je die besluiten in een paar uur kunt nemen, maar daar krijg je enorme spijt van. Dat ga ik dus niet doen. Ik ga wel een paar hoofdlijnen schetsen die ik ook herken. Ik heb al toegezegd dat ik in het najaar met een visie kom waarin zowel de internationale agenda voor Europa staat als allerlei besluiten die wij moeten nemen op basis van deze adviezen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Mijn vraag is deels al beantwoord, want ik begrijp dat wij de opvattingen van de Minister zullen lezen in de visie die wij aan het einde van het jaar krijgen. Daarin zal ook iets staan over het rapport van het KWF. Ik vind dit ook een goede en sterke opening van de Minister, maar we hebben het over een acuut probleem, over iets dat zich nu aandient. Ik vraag mij af wanneer de Minister daarop komt.

Minister **Schippers**: We hebben niet één acuut probleem, maar een aantal problemen. Vanmorgen zijn die aan de orde geweest en daarom wil ik als eerste ingaan op de praktijkvariatie. Je kunt zeggen dat de praktijkvariatie puur op basis van financiële redenen is ontstaan. Het KWF schrijft dat dat niet zo is. Er liggen een heleboel redenen aan ten grondslag en de financiën zijn daar zeker één van. Laat dit heel helder zijn: postcodefarmacie of farmacie waarbij je geen behandeling krijgt omdat het geld in de ziekenhuizen op is, is onacceptabel. Dat heb ik eerder ook al gezegd. Als een behandeling in het pakket zit, krijg je die behandeling als dat de stand van de wetenschap is of als de arts op dat moment denkt dat die behandeling goed voor jou is. Dan kan het niet zo zijn dat een ziekenhuis zegt dat het geld op is, omdat het bijvoorbeeld veel heeft uitgegeven aan een nieuwe poli, en het dus het laatste deel van de medicijnen niet geeft. Dat zal een belangrijk deel uitmaken van de visie. Dit heeft namelijk ook te maken met de vraag of je, als een ziekenhuis die behandeling niet compleet kan geven, gewoon tegen dat ziekenhuis moet zeggen dat het die behandeling helemaal niet mag geven. Want je moet een behandeling of helemaal geven of niet. In de centra waar ze de behandelingen wel helemaal kunnen geven, horen de patiënten daadwerkelijk thuis. Dat zijn dan ook de centra die meer patiënten hebben en daar meer ervaring mee kunnen opdoen. Zij kunnen ook de actualiteit en de ontwikkelingen goed volgen. Ik vind dit heel belangrijk.
Ten tweede is de financiering heel belangrijk. Er is een groot verschil tussen intramuraal en extramuraal qua financiering. Intramuraal is het als volgt: het komt op de markt, EMA keurt het goed en het zoeft zo het ziekenhuis in en als het in de richtlijnen staat, wordt dat in de behandeling van mensen opgenomen. Voor extramuraal is er een pakketadvies van Zorginstituut Nederland. Daarbij wordt er gekeken naar therapeutische meerwaarde en kosteneffectiviteit. Daar krijg ik een advies over en dan nemen wij het al dan niet op in het pakket. De open normen van het ziekenhuis hebben grote voordelen. Mensen hebben heel snel toegang tot innovaties. Die normen hebben echter ook grote nadelen, zeker als het gaat om belangrijke, dure medicijnen. De heer Rutte vroeg zich af of wij daar iets op zouden moeten vinden en of wij ook een oordeel zouden moeten hebben, voordat een medicijn in het pakket komt. Ik kan zeggen dat die vraag ontzettend actueel is. Nivolumab, een nieuw geneesmiddel met een potentieel groot kostenbeslag, komt eraan. Ik heb besloten om dat in een sluis te plaatsen en dus niet rechtstreeks toe te laten in het ziekenhuis. Wat gebeurt er in die sluis? Daarin praten wij met de fabrikant over de prijs. Als zo'n geneesmiddel wordt toegepast, wil ik dat er onderzoek gedaan wordt naar de therapeutische meerwaarde van dat geneesmiddel. Dat interesseert mij. Wat doet dat geneesmiddel? Wat zijn de effecten van dat geneesmiddel? Wat levert het ons uiteindelijk op? Een aantal woordvoerders zei dat je eigenlijk iets zou moeten doen aan de open normen van het intramurale pakket. Met dit geneesmiddel heb ik het dus geopend. Ik vind het ongelofelijk belangrijk om die sluis te introdu-

ceren. Open normen hebben zeker hun voordelen, maar ik heb toch besloten om voor dit soort middelen een sluis te introduceren.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik snap de probleemstelling van de Minister. Ik vind dat ook heel dapper. De Minister geeft zelf al aan dat wij aan het einde van het jaar haar opvattingen hierover krijgen, maar de actualiteit van vandaag is dat kankerpatiënten hun medicijnen niet krijgen, omdat ziekenhuisbudgetten op zijn en verzekeraars weigeren bij te springen. Dat is de probleemstelling van vandaag. Ik vraag naar de oplossing van de Minister voor de probleemstelling van vandaag.

Minister **Schippers**: Het is nu zo geregeld dat nieuwe oncologische medicijnen in de ex-postnacalculatie zitten. Met andere woorden: er wordt geen risico gelopen; de premiebetaler in zijn algemeenheid is met de budgetten de risicodrager. Er is geen acuut probleem, waaraan ik acuut iets zou moeten doen, want ziekenhuizen en verzekeraars kunnen daarover spreken. Als er op het moment dat zij leveren, problemen zijn waar zij er financieel niet uitkomen, kunnen zij die nu oplossen. Als je ziet dat er veel geneesmiddelen aankomen en je weet dat het systeem langjarig is, vind ik dat je een meer robuuste systeemwijziging zou moeten hebben. Daar kom ik op langere termijn op terug. Bij dit eerste probleem zitten beide – de nieuwe oncologische geneesmiddelen en de weesgeneesmiddelen – in de ex-postnacalculatie.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dit is echt schandalig. De Minister zegt gewoon dat ze niet systeemverantwoordelijk is en dat het systeem deugt. Er is niks aan de hand. Het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis komt niet 3,5 miljoen tekort en het is niet waar dat professor Punt daarom zegt dat zeker de helft van de darmkankerpatiënten niet de juiste behandeling krijgt. De actualiteit van vandaag is dus niet waar. Het is prima geregeld en de Minister is niet systeemverantwoordelijk.

Minister **Schippers**: Nee, ik heb gezegd dat de zorgplicht moet worden nagekomen. Als een middel bij de behandeling hoort, moet een ziekenhuis dat leveren. Een zorgverzekeraar heeft zijn patiënten daar ook voor verzekerd. Als er tekorten zijn, moeten verzekeraars en ziekenhuizen daar zelf tussentijds over spreken. Dat heb ik gezegd. Als dat niet goed loopt, hebben wij het nog steeds zo geregeld dat de risico's zijn afgedekt. Ik vind wel dat wij echt naar een ander systeem moeten. Daar zal ik zeker op terugkomen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik zit hier toch een beetje met klapperende oren. Ik hoor de Minister letterlijk zeggen: er is op dit moment geen acuut probleem. Er ligt een uitgebreid rapport van de werkgroep dure geneesmiddelen van het KWF waarin geconcludeerd wordt dat er sprake is van postcodegeneeskunde. Er wordt op dit moment geschoven met patiënten, omdat de dure geneesmiddelen niet betaald kunnen worden. Zelfs de NZa concludeert dat er een reële kans is dat sommige mensen op dit moment niet de juiste geneesmiddelen krijgen. Waaraan ontleent de Minister de conclusie dat er op dit moment geen acuut probleem is en dat zij zich hier dus niet mee bezig hoeft te houden?

Minister **Schippers**: Mevrouw Bruins Slot, u moet me wel goed verstaan. Ik zeg dat wij geneesmiddelen en dure oncolytica in de ex-postnacalculatie hebben zitten. U begrijpt wat dit betekent. Als je meer uitgeeft, wordt dit naderhand nagecalculeerd. Dat betekent dit. Ziekenhuizen en verzekeraars kunnen daar afspraken over maken en dan kan het zijn dat een ziekenhuis een contract sluit met een zorgverzekeraar en daar niet mee uitkomt. Als dat het geval is, kan dat niet, want zowel de zorgverzekeraar als het ziekenhuis heeft een zorgplicht als iemand in

behandeling is. Anders moet je iemand niet in behandeling nemen. De geneesmiddelen moeten dus gewoon geleverd worden. Ik hoef dus nu niet acuut een soort financiële bypass te maken. Ik zeg dat het voor de langere termijn met de nieuwe geneesmiddelen die eraan komen, wel zaak is om hier anders naar te kijken. Wij moeten daar ook maatregelen voor nemen. Dat is wat ik zeg.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Hoe kan het dan dat wij een brief krijgen van zorgverzekeraars en ziekenhuizen gezamenlijk – dus van de academische ziekenhuizen, de algemene ziekenhuizen en de zorgverzekeraars samen, hetgeen zeer opmerkelijk is – waarin zij onderbouwen dat zij op dit moment problemen zien met het vergoeden van de geneesmiddelen? De Minister zegt dat er niets aan de hand is en dat het systeem werkt. Het systeem piept en kraakt op dit punt. Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat de Minister samen met de zorgverzekeraars en ziekenhuizen uit dit acute probleem kan komen?

Minister **Schippers**: We hebben hoofdlijnenakkoorden afgesloten en daarin staat wat wij aan groei doen in een jaar. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen proberen daadwerkelijk om binnen die afspraken te blijven. Als nu blijkt dat er knelpunten ontstaan, doordat je je zorgplicht niet nakomt, moet je bekijken hoe je dit kunt bijsturen. Want die 1% is met name erop gericht dat er zinnige en zuinige zorg verleend wordt. Zuinige zorg betekent niet dat het de goedkoopste zorg moet zijn, maar de passende zorg die op dat moment nodig is. Wij hebben hier een nacalculatie. We hebben die 1% afgesproken. De mensen zitten bij mij om de tafel. Volgende week hebben wij een bestuurlijk overleg en daar zal dit zeker op de agenda staan. Wij zullen het dan ook hebben over de afgesproken 1%. Wij zullen bekijken waar er problemen ontstaan, als die al ontstaan, en hoe die kunnen worden opgelost. Mij wordt gevraagd om een reactie te geven op de gedane voorstellen. Ik zie er nu heel weinig in om een apart fonds te maken. Dan kan ik het geld net zo goed rechtstreeks op de rekening van de farmaceutische industrie storten. Daar heb ik dus helemaal geen zin in. Ik ben uit op een systeem waarin wij met elkaar kunnen bekijken hoe wij zinnige en zuinige zorg kunnen leveren, niet alleen nu, maar vooral ook straks. Op die manier kunnen wij mensen met soms heel dure ziektes toch behandelen met de medicijnen die daarvoor worden ontwikkeld. Ook moeten wij bezien hoe wij dit op de lange termijn kunnen blijven opbrengen. Wij zullen daar een slimmer systeem voor moeten ontwikkelen. Dat slimmere systeem heb ik nog niet. Voor dit moment is de zorgplicht helder. Ik heb dat hier gezegd en ik zal dat volgende week ook zeggen in het bestuurlijk overleg met ziekenhuizen en verzekeraars. Dit zit in de nacalculatie. Wij hebben die 1% gehaald. Ik wil dat ziekenhuizen en verzekeraars mij vertellen waar het probleem zit en waar wij samen oplossingen kunnen verzinnen en verschuivingen kunnen doen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik snap er niets van. Volgens mij zit de Minister gewoon weg te kijken. Ze houdt het bekende systeemverhaal. Volgens mij klopt het niet dat de dure geneesmiddelen volledig worden nagecalculeerd. Als er een stijging is van 10% van het budget voor dure geneesmiddelen, kunnen de ziekenhuizen of de verzekeraar volgens de Minister zeggen dat men het via een nacalculatie over een of twee jaar terugkrijgt. Maar er is toch een afspraak van 1%? Houdt de Minister ten eerste ten overstaan van het publiek en van heel Nederland staande dat de omzet en de kosten voor het gebruik van dure geneesmiddelen volledig worden nagecalculeerd? Krijgen ziekenhuizen het geld terug als artsen die geneesmiddelen voorschrijven? Ten tweede is er een acuut probleem. Er zijn vijftien ziekenhuizen die bepaalde middelen niet voorschrijven die ze wel zouden moeten voorschrijven. Dan is er toch sprake van postcodege-

neeskunde en zou de Minister toch acuut iets moeten doen als verantwoordelijke voor het systeem?

Minister **Schippers**: Ja, voor nieuwe oncolytica geldt een ex-postnacalculatie van 100%. In de hoofdlijnenakkoorden heb ik de afspraak gemaakt met het hele veld om 1% te groeien. Er is dus scherp ingekocht. Ik kan mij voorstellen dat er soms op het één scherp is ingekocht en soms op het ander. Voor mij is van belang dat wij met elkaar hebben afgesproken dat wij het basisbeginsel van die 1% maximale groei gaan halen door betere kwaliteit, door het terugdringen van praktijkvariatie en door het terugdringen van verspilling. Daarmee matigen wij de groei. Het kan niet zo zijn dat mensen hun behandeling niet krijgen. Dat zal ik ook in het bestuurlijk overleg volgende week klip-en-klaar zeggen. Ik heb dat in de Kamer al een aantal keren herhaald en ik zal dat ook aan hen vertellen. Het kan niet zo zijn dat mensen die midden in een behandeling zitten bepaalde medicijnen die bij die behandeling horen, niet krijgen. Dat kan niet.

De heer **Van Gerven** (SP): Als we als uitgangspunt nemen dat de Minister ook zegt dat wij postcodegeneeskunde niet kunnen accepteren, moeten wij dan niet gewoon aan de hand van de concrete praktijk concluderen dat het niet werkt op dit moment, dus dat het idee om alle dure medicijnen onder het budget van het ziekenhuis te brengen, niet werkt, omdat dit de last voor een aantal ziekenhuizen te groot maakt? Dat systeem moeten wij heroverwegen. Wil de Minister toezeggen dat alle mensen die nu, vandaag, niet het middel krijgen dat nodig is, het ziekenhuis en de verzekeraar hierop kunnen aanspreken in de zin dat dit middel verstrekt en die behandeling gegeven moeten worden?

Minister **Schippers**: Op dat laatste kan ik met «ja» antwoorden. Op het eerste ook, want dat heb ik net aangekondigd. Wij moeten kijken naar een ander systeem. Wat voor systeem dat moet zijn, zal ik in het najaar aankondigen. Maar wij moeten wel kijken naar een ander systeem. Voor het moment van nu en het moment waarop het nieuwe systeem er is, moeten wij harde afspraken maken. Het is onacceptabel dat er niet voldaan wordt aan de zorgplicht. Als de heer Van Gerven aan mij vraagt of mensen hun ziekenhuis en hun verzekeraar daarop kunnen aanspreken, is mijn antwoord «ja».

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik vind het fantastisch dat de Minister na zo veel jaren de farmaceuten aan wil pakken en in het najaar met een plan komt. Dat is echter iets anders dan de actualiteit van nu en daar wil ik toch naar terug. In antwoord op mijn vraag, zei de Minister dat er eigenlijk helemaal geen probleem is. Zij zei ook: ik ben wel systeemverantwoordelijk, maar er is toch een nacalculatie. Dat is vakjargon. Wij weten namelijk allemaal dat die nacalculatie betekent dat het uiteindelijk vele miljoenen gaat kosten. Het KWF spreekt over 300 miljoen. In het antwoord van het Minister zie ik geen zak met geld. Zij zegt niet: hier is die 300 miljoen en stop dus met het geven van onjuiste medicatie aan darmkankerpatiënten. Want dat is nu wel het geval. De helft krijgt niet de juiste medicatie. Ook het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis komt 3,5 miljoen tekort. De Minister moet zeggen: er is een actueel probleem en ik los dat nu op, want ik heb nacalculatie; het kost vele miljoenen – volgens het KWF is dat 300 miljoen – dus hier is de zak met geld!

Minister **Schippers**: In de rapporten staat dat er dure medicijnen komen die vele honderden miljoenen gaan kosten. Dat klopt. Ik ben van mening dat wij niet automatisch met onze ogen dicht die 300 of 400 miljoen of, als je het bij elkaar optelt, misschien wel 1 miljard zouden moeten betalen. Het is een beetje een raar systeem dat je met een nieuw geneesmiddel

komt en dat je automatisch de prijs die je vraagt, vergoed krijgt. Daar wil ik zo op terugkomen, want ik vind dit niet verantwoordelijk voor degenen die dat geld moeten opbrengen. Daar wil ik wat aan doen. Ik wil met een nieuw financieringssysteem komen. De kosten van oncolytica worden nu nagecalculeerd. In het bestuurlijk overleg zal ik nagaan waar er precies knelpunten zitten. Ik zal ook afspraken maken met de partijen. Het zit in de nacalculatie. Je hoeft dus niet te zeggen: ik heb vijf ziekenhuizen met dure medicijnen en jij maar één, dus dat is oneerlijk. Nee, dat hebben wij in die zin geregeld. Maar voordat wij geld gaan storten en afspraken maken die onze hoofdlijnenakkoorden doorbreken, wil ik eerst even precies weten waar het probleem zit. Is het alleen maar een financieel probleem? Ik heb met veel voorschrijvers gesproken en zij zeggen dat er ook heel veel andere argumenten onder zitten. Het is dus nog maar sterk de vraag of het probleem overal hetzelfde is.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik snap dat er in de toekomst oplossingen liggen voor een probleemstelling waarin de Minister duidelijk is. Daar steun ik haar ook in. Maar ze draagt geen oplossing aan voor het probleem van nu. Zij verschuilt zich achter de nacalculatie, waarvan het KWF zegt dat het daarbij om 300 miljoen gaat. De Minister zegt dat zij niet met geld over de brug komt. Dit betekent dus dat de toestand dat de helft van de darmkankerpatiënten niet de juiste medicijnen krijgt, blijft bestaan en dat is onacceptabel. Dat is werkelijk onacceptabel. De Minister moet nu zeggen: ja, er is extra geld, want wij hebben een nacalculatie en dat is het systeem waarvoor ik verantwoordelijk ben en dus is het per vandaag acuut voorbij dat mensen onterecht niet de juiste behandeling krijgen.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Dat bedrag van 300 miljoen van het KWF gaat over 2016. Dat is nu dus niet aan de orde. Nu is aan de orde dat het in de praktijk blijkbaar schuurt en knelt. Wij gaan bekijken waar dat het geval is. Dat wil ik goed op tafel hebben. Voordat we er iets aan zullen doen, zullen we goed en kritisch bekijken of het goed verloopt. Eén ding is zeker: mensen hebben recht op zorg en er is een zorgplicht. In het bestuurlijk overleg zullen we dus met elkaar afspreken dat die zorgplicht de komende tijd gewoon gematerialiseerd wordt. Vervolgens zullen we in het najaar met een nieuw financieringssysteem komen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Uit een enquête van de NVZ blijkt dat 80% van de ziekenhuizen niet uitkomt met het budget. Ze leveren meer dan is afgesproken met de zorgverzekeraars en ze krijgen dat niet vergoed. De Minister heeft het over een nacalculatie en zegt dat het allemaal geregeld moet worden. Ik blijf toch met de vraag zitten hoe de Minister dit op de korte termijn wil aanpassen. Het probleem blijft namelijk bestaan. Ik ben het helemaal met haar eens dat we heel goed moeten spreken over de lange termijn en de vraag hoe we een en ander structureel kunnen oplossen. Dat zei mevrouw Agema ook. Het is echter ook op dit moment urgent.

Minister **Schippers**: Ik heb dus volgende week dat bestuurlijk overleg. Ik heb iedereen gevraagd om dan op tafel te leggen waar het knelt, hoe het knelt en waar het hem precies in zit. Het zit met name in het feit dat we een hoofdlijnenakkoord hebben en dat daarbinnen 1% groei is ingekocht. We zijn allen gebonden aan dat hoofdlijnenakkoord. Als we daarin dingen loslaten, moet ik ook dingen weghalen. Laten we daar heel eerlijk in zijn. U weet dat het zo werkt met Prinsjesdag. Als ik aan de ene kant bijplus, haal ik er aan de andere kant wat af. Dat maakt niet uit, want als het nodig is, moet het. Dan moeten we echter in alle redelijkheid wel strak op tafel hebben wat de precieze oorzaken zijn. Het zit niet in de contractering. Het zit dus niet in het systeem, maar het zit gewoon in het hoofdlijnenakkoord.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): We hebben vanochtend de rapporten besproken, een dik rapport van de NZa en een dik rapport van het KWF met een heel uitgebreide bijlage. In die rapporten wordt aangegeven waar de knelpunten zitten. Ik begrijp dus niet dat de Minister zegt dat die eerst in kaart gebracht moeten worden. Die zijn al in kaart gebracht. We – ik heb zo'n gevoel dat dit geldt voor iedereen achter deze tafel – zien heel graag dat daar iets mee gedaan wordt.

Minister **Schippers**: Ik ben ook bij de presentatie geweest. Men zegt dat het schuurt en dat het gaat knellen. Het gaat knellen omdat er een heleboel nieuwe medicijnen aankomen. Het schuurt echter nu ook al. We hebben de grafieken gezien. Daarbij is echter ook aangetekend dat er verschillende factoren onder liggen. Die factoren zijn ook toegelicht. Het gaat om een combinatie van medicijnen en de vraag waarom je wel of niet iets doet. Ik vind dus dat we nog een slagje dieper moeten gaan. Ik zal dat ook zeker doen. We zitten nu om de tafel om te bekijken of er in de bestuurlijke akkoorden dingen zijn die zo hard knellen dat we er echt nu wat aan moeten doen. Het bedrag van 300 miljoen dat mevrouw Agema noemde, is voor het komende jaar, 2016. Voor de langere termijn moeten we een systeem maken waarin we een en ander niet ad-hoc hoeven te bekijken.

Mevrouw **Agema** (PVV): De Minister heeft nu tweemaal gezegd dat het om een bedrag gaat voor 2016, maar dat is natuurlijk gebaseerd op de ervaringen uit 2014 en 2015. Ik wilde aangeven dat het simpele begrip «nacalculatie» in de praktijk neerkomt op heel grote bedragen. Het zou weleens 300 miljoen kunnen zijn.

De **voorzitter**: Uw punt is duidelijk. De heer Krol heeft een vraag.

De heer **Krol** (50PLUS): De Minister heeft ongetwijfeld kennisgenomen van de berichten dat sommige ziekenhuisdirecties specialisten onder druk zetten in hun voorschrijfgedrag. Kloppen die berichten? Zo ja, gaat ze er iets aan doen?

Minister **Schippers**: We hebben een belangrijke taakverdeling. Die hebben we wettelijk vastgelegd en afgesproken. Dat betekent dat de specialist in zijn spreekkamer moet doen wat hij denkt dat medisch noodzakelijk is en volgens de stand van de wetenschap op dat moment voor de patiënt het beste past. Het is niet de bedoeling dat een ziekenhuis een behandeling aanbiedt en vervolgens het laatste staartje of het dure staartje niet wil doen, dus dat de medisch specialist wel de behandeling mag doen, maar niet het dure staartje dat bij de behandeling hoort. We hebben afgesproken dat dit niet kan. Het is dus volstrekt verwerpelijk als dit wel gebeurt. Dan moet een ziekenhuis op een gegeven moment zelf tot de conclusie komen dat het die behandeling niet meer in de aanbieding heeft, dat het iets anders doet en dat het zich in iets anders specialiseert.

De heer **Krol** (50PLUS): De Minister is ook van plan om dat aan de ziekenhuisdirecties te laten weten en eventueel de patiënten hierover voor te lichten?

Minister **Schippers**: Dat zal bij het bestuurlijk overleg aan de orde komen. Overigens gaat dat bedrag van 300 miljoen over nieuwe medicijnen die volgend jaar worden verwacht. Er komen echt nieuwe medicijnen aan.

Mevrouw **Agema** (PVV): Nogmaals, ik heb aangegeven dat het simpele begrip ...

De **voorzitter**: Mevrouw Agema, mag ik even? Het gaat om rapporten die vanochtend gepresenteerd zijn. Ik geef u beiden nog één keer de gelegenheid om een statement te maken. Ik vrees echter dat we het tijdens dit debat niet kunnen ophelderen. Mevrouw Agema, kort graag.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik heb al eerder gezegd dat ik de Minister steun als het gaat om de toekomst en het najaar, waarvoor zij allerlei plannen heeft. Het gaat er nu echter om dat er een actueel probleem is. Kankerpatiënten krijgen hun medicijnen niet, omdat de budgetten opraken en de verzekeraars niet bijspringen. De Minister is daar verantwoordelijk voor. Zij zegt dat het systeem deugt, omdat er sprake is van nacalculatie. Ik wil alleen maar zeggen dat het niet om heel kleine bedragen gaat. Het gaat om heel grote bedragen. Het kan gaan om miljoenen. Het kan wel 300 miljoen zijn.

De **voorzitter**: Mevrouw Bruins Slot, wilt u hier kort op reageren? Of is dit uw tweede interruptie?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter, ik houd het kort. We hebben als Kamer dit overleg belegd en we hebben om een technische briefing gevraagd, omdat we een maatschappelijk probleem zien. We zien dat patiënten zich er zorgen over maken of ze de juiste middelen krijgen. Daarom zijn die commissies vijf maanden geleden ook aan het werk gezet. Ik snap dus niet dat de Minister nu een procedureel antwoord geeft. Ze zegt dat ze het nog verder zal onderzoeken en zich erin zal verdiepen voordat ze met oplossingen komt. Moeten we wachten tot begin 2016 voordat we de problemen uit 2015 hebben opgelost?

Minister **Schippers**: Ik heb vijf maanden geleden rapporten gevraagd van de NZa en het KWF, omdat ik een groot en complex probleem zag dat niet op een achternamiddag opgelost kan worden. Het is uw keuze om op de dag van de presentatie mij hier te vragen om over die rapporten te spreken. Daar ben ik zeker toe bereid, omdat ik van een aantal onderwerpen, ook onderwerpen uit de rapporten, kan zeggen welke kant we op gaan en wat we zullen doen. Er zitten echter ook complexe dingen in die rapporten en ik kan nu niet op basis van deze studies zeggen of we op dat gebied links- of rechtsaf gaan. Ik probeer een onderscheid te maken. Ik heb volgende week een bestuurlijk overleg met ziekenhuizen, verzekeraars, specialisten en met iedereen die bij het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg betrokken is. Dat stond al gepland. Deze problematiek komt steeds pregnanter naar boven. Ik heb gezegd dat ik de Kamer niet nodig heb om een fonds in te richten, omdat we nacalculatie hebben. De hoofdlijnenakkoorden hebben we zelf gemaakt en we kunnen eventueel andere afspraken maken. Voor de korte termijn moet het dus aan die tafel plaatsvinden. Deze rapporten gaan echter voornamelijk over de vraag hoe het verder moet met die dure geneesmiddelen. Daar komen er namelijk een heleboel van. Het zal dus allemaal wel, maar ik heb deze rapporten te kort om een definitief standpunt in te kunnen nemen over bepaalde zaken. Voor de korte termijn hebben we het bestuurlijk overleg.

De **voorzitter**: De Minister vervolgt haar betoog.

Minister **Schippers**: We hebben een sluis ingericht voor het geneesmiddel Nivolumab. Dit komt in juli op de markt voor de behandeling van longkanker. Het is een belangrijk geneesmiddel voor patiënten, maar het brengt zeer hoge kosten met zich mee, mogelijk meer dan 200 miljoen in 2016. Aangezien het over uitzonderlijk hoge kosten gaat en we streven naar aanvaardbaardere kosten voor deze dure geneesmiddelen, wil ik het geneesmiddel niet automatisch het pakket in laten stromen, maar het eerst door het Zorginstituut Nederland laten toetsen. Daaropvolgend wil ik

een prijsonderhandeling voeren met de fabrikant. Om ervoor te zorgen dat patiënten in de tussentijd toch behandeld kunnen worden, kan de leverancier het middel beschikbaar stellen in een zogenoemd «Compassionate Use Programma». Daarover ben ik in overleg met de fabrikant. Zodra ik daar meer over weet, waarschijnlijk volgende week, zal ik de Kamer nader informeren.
Ik ben voornemens om deze weg nader uit te werken en te verbreden. Als ik zie wat er op ons afkomt, vind ik het voor intramurale geneesmiddelen, net als voor extramurale geneesmiddelen, goed om even met het Zorginstituut te bekijken wat de therapeutische meerwaarde is, hoe het zit met de kosteneffectiviteit en welk onderzoek wij vragen als voorwaarde om in het pakket opgenomen te worden.

De heer **Rutte** (VVD): De Minister geeft aan dat ze in ieder geval over één middel zal zeggen dat het niet meer automatisch in het pakket komt. Er moet eerst een gesprek over de prijs komen. Mag ik het zo uitleggen dat als voorwaarde voor de toelating van dit middel wordt gesteld dat er een passend prijzenarrangement komt dat voldoet aan bepaalde eisen? Denk aan zaken als dat het middel alleen daar wordt gegeven waar het past en dat er, als het nodig is, een biomarker wordt meegeleverd. Gaan de gesprekken ongeveer daarover? Kan de uitkomst ook zijn dat we er niet uitkomen en dat het middel dus niet het pakket in stroomt? Of is dat laatste een te harde conclusie?

Minister **Schippers**: Als er sprake is van een sluis, zit het middel dus niet in het pakket. Eerst laten we het Zorginstituut Nederland ernaar kijken en op basis daarvan voeren we onderhandelingen over de prijs. Het is wel toegelaten, want EMA laat het toe voor de hele Europese markt. Dan komt het dus op die markt. Uiteindelijk besluiten wij dan of het in het pakket komt. Daar onderhandelen we over.
Ik heb veel gesprekken met collega's gehad over transparantie en prijsstelling in Europa. Wat transparantie betreft vind ik het heel bijzonder dat wij voor de extramurale geneesmiddelen prijsonderhandelingen voeren met de fabrikant en dat wij clausules tekenen over het niet vertellen wat er is uitonderhandeld. U weet daar alles van. Daarom kan ik er ook niet over schrijven. Ieder land doet dat. De enige die weet wat al die landen betalen, is de farmaceutische industrie. Ik vind dat eigenlijk een heel gekke situatie. Mijn eerste agendapunt is dus transparantie. Ik merk overigens dat heel veel collega's daar zeer enthousiast over zijn.
Het tweede onderwerp betreft de prijsonderhandelingen. Wat dat betreft merk ik dat een aantal landen, zeker landen met een eigen industrie, niet heel erg staan te springen om hierin enorme stappen te zetten. Ik ben met België bezig met een pilot om samen te onderhandelen. Een aantal landen, waaronder Oostenrijk, Luxemburg en wat zuidelijke landen, heeft zich bij ons gemeld. Ze vinden het heel interessant en willen er graag over doorpraten om te bekijken of we op dat terrein meer kunnen. Dat is dus een tweede traject dat we met elkaar moeten aflopen. Dat zal nooit een EU-ding zijn. Ik doe dit ook niet op de officiële agenda, maar in subvergaderingen. Een aantal landen in Europa vindt namelijk dat dit een stap te ver gaat. Dit zijn ontwikkelingen op Europees niveau. Alle landen hebben dezelfde problemen. We hebben het over dezelfde medicijnen. Daarom stel ik voor om te bekijken hoe we elkaar hierin kunnen versterken. Ik ben zeer gemotiveerd om hierin daadwerkelijk stappen te zetten.
Binnen de mededingingsruimte is het voor partijen mogelijk om samen te werken. Dat gebeurt ook. Kijk naar het initiatief van Achmea met de TNF-alfaremmer. Ik zie dus goede voorbeelden, maar omdat hierover opmerkingen in de rapporten staan, zal ik dit meenemen in de visie die ik dit najaar naar de Kamer zal sturen. Het lijkt mij een belangrijk punt om mee te nemen.

Dan kom ik op de monitoring. De beroepsgroep heeft een belangrijke rol bij het opstellen van zijn richtlijnen. Dat gebeurt serieus. De beroepsgroep van oncologen werkt natuurlijk met heel veel dure medicijnen. Ze zijn daarin heel precies en lopen daarmee voorop. Een goede richtlijn is een belangrijke waarborg voor een effectieve behandeling. Voor het extramurale deel hebben we al monitoring. Zeker bij de voorwaardelijke toelating van medicijnen is er al monitoring. Bij de sluis wil ik het ook als een belangrijk element meenemen.
Het is ontzettend belangrijk dat wij zien welke medicijnen eraan komen. Wij zijn bezig met een ontwikkeling van een horizonscan, die helpt om in een vroeger stadium zicht te krijgen op de vraag welke geneesmiddelen eraan komen. Op de korte termijn komen er verschillende geneesmiddelen aan. Dat heb ik al gezegd. We betrekken al verschillende partijen bij die horizonscan, maar daar zullen we nog meer werk van maken.
Kennen andere landen deze problemen ook? Jazeker. Er wordt ook heel veel over gesproken, maar het wordt tijd dat we er wat aan doen. Landen zijn heel bang dat ze zeggingskracht uit handen geven. We moeten ervoor zorgen dat het allemaal werkbaar blijft. Er is echter veel interesse voor om te bekijken wat we nog kunnen doen.
Heb ik zicht op meevallers? We hebben net de Voorjaarsnota gehad, dus die heb ik zeker nog niet in zicht. Overigens moet ik wel aantekenen dat er in 2012 en 2013 wel degelijk overschrijdingen waren van het ziekenhuiskader. We spreken steeds over die 1%. Er zijn sectoren die ver onder die 1% blijven, maar dat geldt zeker niet voor het ziekenhuiskader. Kijk dat maar na. Het gaat om fikse bedragen. Die zijn opgevangen door datgene wat we overhadden uit het extramurale geneesmiddelenkader.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dat begrijp ik wel. Dat heeft natuurlijk alles te maken met de overheveling van de dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget. Die vallen nu dus in het ziekenhuiskader. Als je aan de ene kant succesvol bent met je generieke geneesmiddelen en je preferentiebeleid en je aan de andere kant een probleem hebt met de dure geneesmiddelen, in welk kader die dan ook vallen, is er toch wel wat voor te zeggen om die twee zaken tegen elkaar af te wegen en de balans weer te vinden. Dit is namelijk een probleem dat de komende jaren zal groeien, gezien alle technologische ontwikkelingen. We zien nu dat er meer overblijft dan geraamd is. Bij de Voorjaarsnota ging het om 0,4 miljard. Als dat bij de najaarsbegroting ook het geval is, kom je al erg in de richting van het bedrag dat volgens het KWF in 2016 nodig is.

Minister **Schippers**: Wat we overhouden – je kunt het ook het resultaat van het beleid noemen – gaat in een algemene afwegingspot. Een groot deel van datgene wat bij de curatieve zorg is overgebleven, is weer naar de care gegaan. Die afwegingen maken we met elkaar. We hebben echter ook gezien dat er in de jaren 2012 en 2013 overschrijdingen zijn geweest bij de ziekenhuizen. Deze zijn betaald uit de opbrengsten van de geneesmiddelen, uit die te ruime ramingen. Je kunt dus zeggen dat er sprake is van een indirecte schuif. Dit is nu een ad-hocprobleem waar we iedere keer tegen aanlopen. Daarom wil ik bekijken hoe we dit in de integrale visie structureel een plaats kunnen geven en kunnen oplossen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik begrijp dat de Minister dat ook meeneemt in haar brief in het najaar.

Minister **Schippers**: Zeker, dat zal een belangrijk onderdeel zijn van de brief. Het gaat erom hoe we dit financieel op een goede manier een plekje geven.
Ik ben het eens met de opmerking dat de overheid moet ingrijpen als de markt faalt. Ik doe dat al bij de voorwaardelijketoelatingsmedicijnen,

waarover ik centraal onderhandel. We gaan dit nu ook doen bij een aantal intramurale geneesmiddelen.
Dan kom ik op de spoedprocedure voor het beschikbaar stellen van geneesmiddelen. Er is gevraagd of een patiënt kan afdwingen dat hij de behandeling krijgt die hij hoort te krijgen. Ja, dat kan hij, zowel bij zijn verzekeraar als bij zijn ziekenhuis. Als hij die niet krijgt, moet hij die via het Landelijk Meldpunt Zorg gewoon krijgen. We moeten het echter niet zover laten komen. In het bestuurlijk overleg zullen we hier dus zeker over spreken.
De NZa en het KWF oordelen verschillend over de noodzaak van ingrijpen. De NZa staat daar anders in dan het KWF. Ze hebben aangegeven dat ze gegevens uitwisselen, ook over praktijkvariaties. Dat lijkt me heel goed. Deze onderzoeken zijn heel snel gedaan. Ik stel het zeer op prijs dat ze een en ander zo snel naar boven hebben kunnen halen. Het is goed als beide onderzoekclubs bij elkaar gaan zitten om te bekijken of ze nog een extra slag kunnen maken. Ik wacht met veel belangstelling af wat daar nog verder uitkomt. Dan kan dat ook weer verwerkt worden.
Dan kom ik op het Europees voorzitterschap. In een eerder overleg heb ik al gezegd dat wij de periode tussen het ontwikkelen van het medicijn en het daadwerkelijk op de markt hebben van het medicijn willen versnellen. Dat betekent ook dat het minder kost en dus ook een lagere prijs heeft. Natuurlijk moet de veiligheid wel gegarandeerd zijn, maar we hebben al heel veel gestapeld. Hierdoor hebben we in Europa een brij van schijnveiligheid gecreëerd. Dat drijft de kosten alleen maar op. Wat mij betreft gaat het in dit geval dus over beschikbaarheid en over betaalbaarheid. Ik heb al aangegeven wat ik daarvan vind. Ik ga er ook zeker een bijeenkomst over organiseren tijdens ons voorzitterschap. We zullen proberen om dit traject echt vooruit te helpen. Iedereen wil het graag, maar er moet slagkracht komen om het daadwerkelijk voor elkaar te krijgen.
Dan kom ik op de onafhankelijke richtlijnen. Ik zie dat de oncologen daarin vooroplopen. Als tegenwicht voor het ontwikkelen van de richtlijnen heeft het Zorginstituut Nederland een rol als pakketbeheerder om zorg en geneesmiddelen te beoordelen. Daarvoor zijn richtlijnen ontzettend belangrijk. Bij dure geneesmiddelen is het helemaal ontzettend belangrijk dat we goede richtlijnen en goede protocollen hebben en dat we goed afspreken wanneer iets wel of niet gebruikt wordt. Dat moeten we goed registreren. Er zijn echt grote groepen artsen die dit al heel goed doen, maar iedereen moet het goed doen.
Er is een vraag gesteld over de Europese regelgeving omtrent weesgeneesmiddelen en markttoelating. Daar ben ik net eigenlijk al op ingegaan. De markttoelatingsregels zijn aan een kritische analyse toe. De Europese Commissie laat er op dit moment onderzoek naar doen. Wij gaan daar een agendapunt voor maken. Wat de weesgeneesmiddelen betreft zien we dat de Europese richtlijn heeft gezorgd voor nieuwe geneesmiddelen voor zeldzame ziekten. Er zijn ook negatieve effecten. Het KWF en de NZa laten dat duidelijk zien. De richtlijn moet worden geëvalueerd en als dat nodig is, moet deze worden aangepast om te voorkomen dat deze wetgeving wordt misbruikt. Ik weet dat de Scandinavische landen zich daar ongelofelijk over opwinden. Wij zullen dat in ons voorzitterschap agenderen in het vakje bij de geneesmiddelen.
Ik zal de aanbevelingen van de rapporten uiteraard meenemen in de integrale visie.
Ik moet navragen hoeveel meldingen er bij de IGZ zijn binnengekomen. Ik weet niet of er nog mensen aan de telefoon te krijgen zijn. We weten het in ieder geval niet uit ons hoofd.
De Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen is aan een herziening toe. Partijen hebben zelf het initiatief genomen om de richtlijn aan te passen en maken afspraken over de vraag welke patiënten in ieder geval een medicatiebeoordeling nodig hebben. In de tussentijd, voordat de aanpassing van de richtlijn een feit is, zullen artsen en apothekers

onderlinge afspraken gebruiken om te beoordelen of een patiënt een medicatiebeoordeling nodig heeft. Het gaat alleen om die patiënten die het meest baat hebben bij een medicatiebeoordeling.
We hebben al een aantal keren gesproken over het eigen risico. Ik heb daar ook een brief over gestuurd. Voor de begrotingsbehandeling komt het onderzoek van NIVEL en de LHV over het eigen risico. Wij werken mee aan dit onderzoek. Bij het eigen risico was het volgende altijd zeer aan de orde. Farmaceuten werden altijd betaald door de marges die zij wisten te behalen op de verkoop van medicijnen. Zij kochten de medicijnen zo goedkoop mogelijk in en die werden vervolgens voor standaardprijzen verkocht. Daar zaten marges tussen. Dat was hun belangrijkste inkomstenbron. Vervolgens hebben we gezegd dat ze zorgverlener moeten worden en betaald moeten worden voor hun zorgverlenerschap. Sinds we dat gedaan hebben en dat transparant hebben gemaakt, kijken mensen kritisch naar hun rekening. Je betaalt natuurlijk voor zorgverlening. Eerder betaalde je daar ook voor, maar dat kwam toen uit de marges. Het is eigenlijk een omrekening. Eerder betaalde je ook dat eigen risico, maar toen zag je dat niet. Er stond gewoon één prijs. Ik weet zeker dat we hier op terugkomen, in ieder geval bij de begrotingsbehandeling, omdat het rapport er dan is. Ik heb hier overigens uitgebreid over gesproken. Ik ben het namelijk helemaal met de Kamer eens dat we hier wel werk van moeten maken. Het is niet de bedoeling dat we iets afspreken, maar dat het vervolgens niet gebeurt. Daarin vindt u mij dus aan uw zijde.
Er is gesproken over een maatschappelijk debat over de rapporten van de NZa en het KWF. Ik vind het ongelofelijk belangrijk dat we dat maatschappelijke debat voeren. Ik denk ook dat dit bij vlagen al gevoerd wordt. Ik vind overigens dat we dit eerder moeten doen vanuit de kwaliteit van leven. Ik begrijp het wel, maar de vraag is wat iets extra's toevoegt aan de kwaliteit van leven. Is dat genoeg om enorme prijzen te vragen? Dat zijn heel belangrijke vragen. Daarom vind ik het ook belangrijk dat we de stap zetten voor een sluis voor intramurale geneesmiddelen.
Als er meer indicaties zijn, krijgen we meer volume. Ik ben het eens met de heer Krol dat het gek is dat de prijs dan niet zakt. Dat moet dus ook een onderdeel zijn van de onderhandelingen. Dat was ook het geval bij de extramurale prijsonderhandelingen. Dergelijke schema's zijn onderdeel van dat soort onderhandelingen. Dat is in mijn ogen ook logisch.
De heer Rutte vroeg of er opnieuw onderhandeld kan worden als er een knelpunt is. Dat kan. Verzekeraars en ziekenhuizen sluiten een contract met elkaar. Als op een gegeven moment blijkt dat het heel erg knelt, kan er opnieuw onderhandeld worden. We zitten wel met elkaar in de hoofdlijnenakkoorden. Daarom vind ik het ook goed dat we er volgende week tijdens het bestuurlijk overleg over spreken.
Het forecasten, dus het beter inzicht krijgen in de middelen, heb ik al behandeld. Daar zijn we mee bezig.

De **voorzitter**: Dank u wel. Daarmee is een einde gekomen aan de beantwoording van de Minister in eerste termijn. Ik zie dat twee leden nog een rappel hebben over openstaande vragen. Ik geef als eerste het woord aan de heer Van Gerven en daarna aan mevrouw Agema.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb een aantal voorstellen gedaan en ik krijg daar graag een reactie op van de Minister, of in ieder geval een toezegging dat ze er later op zal terugkomen. De voorstellen betroffen een revolverend ontwikkelfonds voor weesgeneesmiddelen, de overschakeling van biologicals naar biosimilars, het organiseren van magistrale bereidingen als tegenmacht tegen de industrie en eventueel aanvullende wetgeving als aanscherping voor, ik meen, bijlage 2 van de dure geneesmiddelen.

Minister **Schippers**: Ik neem deze voorstellen allemaal mee in de visie. Er zitten dingen bij die best heel interessant zijn om nader te bekijken. Dat zeg ik de heer Van Gerven dus toe.

Mevrouw **Agema** (PVV): Er is nog een haakje blijven hangen. Zitten de dure geneesmiddelen bij de nacalculatie wel in het A-segment?

Minister **Schippers**: Ik had het over de weesgeneesmiddelen en de nieuwe oncolytica.

Mevrouw **Agema** (PVV): Welke dure geneesmiddelen zitten er dan niet in?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): De rest dus.

De **voorzitter**: Ik kijk even naar de leden of er behoefte is aan een tweede termijn. Dat is het geval. De spreektijd is anderhalve minuut.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De Minister moet aan de bak; dat is wel duidelijk. Ze mag nog wel op vakantie, maar ze moet ook vol aan de bak. Er is een acuut probleem dat niet is opgelost. Ik wil dat toch nog eens aan de Minister vragen. Waar kunnen mensen terecht als ze een acuut probleem hebben en de zorgplicht verzaakt wordt? Denk aan de verstrekking van een duur kankermiddel dat nu al in het pakket zit maar niet gegeven wordt. Je kunt naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), maar dat is een lang traject. Als je je gelijk hebt gehaald, ben je al overleden. Dat willen we niet. Ik heb daarvoor een motie in voorbereiding, maar die hoef ik niet in te dienen als de Minister zegt dat ze een spoedregeling maakt waar mensen direct terechtkunnen zodat het 's avonds geregeld is. Hoe kan het dat ziekenhuizen in 2014 400 miljoen hebben bijgeschreven bij de reserves en dat verzekeraars 1,8 miljard hebben bijgeschreven bij de reserves, maar dat we toch een probleem hebben, kennelijk, met postcodegeneeskunde? Ik neem namelijk aan dat de rapporten de werkelijkheid weergeven. Wie is er dan aan de macht? Zijn dat de managers of de dokters? Ik vind dat dokters in the lead moeten zijn.
Tot slot heb ik nog één opmerking. De Minister zegt dat ze Nivolumab via het Compassionate Use Programma wil toestaan. Betekent dat dan dat de patiënt er de rekening voor moet betalen? Hoe wordt dit geregeld? Dat moet wel helder zijn, want anders zijn de patiënten toch nog niet geholpen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Het lastige aan het overleg met de Minister vanmiddag is dat zij steeds verwijst naar haar brief in het najaar. Ze zegt natuurlijk terecht dat wij haar hebben gevraagd op de dag dat de rapporten uitkomen. Ik kan me echter niet voorstellen dat de Minister helemaal verrast is door die rapporten. Wat mij is bijgebleven uit het gesprek met het KWF en de NZa van vanmorgen, is dat wij zeer de urgentie voelen om snel tot een oplossing te komen. Wat kan de Minister tegen patiënten zeggen die zich er ernstig zorgen over maken of ze de juiste behandeling krijgen?
De Minister heeft het over de contracten en de nacalculatie met de ziekenhuizen. Niet alle ziekenhuizen hebben contracten met een mogelijkheid tot nacalculatie. Het KWF heeft daarom ook geadviseerd om voor 2015 de lopende contracten open te breken. Een patiënt kan inderdaad in een ziekenhuis om behandeling vragen. De Minister zegt dat de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars er verantwoordelijk voor zijn. Het probleem is echter dat de patiënt niet weet of hij of zij de juiste behandeling krijgt. Daarom is die transparantie zo hard nodig en is het zo belangrijk dat ziekenhuizen transparant zijn over de vraag wat de optimale

behandeling is en of die bij hen te verkrijgen is. Ik krijg daar graag nog een reactie op van de Minister.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. In de meeste gevallen krijgt de Minister natuurlijk maanden de tijd om een doorwrocht standpunt over een advies te formuleren. Dat is ook logisch. Ik vind ook dat de Minister voor de lange termijn niet over een nacht ijs hoeft te gaan. Ze kan er natuurlijk over nadenken, maar de Minister zit hier vandaag omdat we met een acuut probleem zitten. Het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis heeft aangegeven dat het steeds vaker patiënten krijgt doorverwezen uit andere ziekenhuizen die te laat of helemaal niet de juiste behandeling hebben gekregen. Het zal je vader of moeder maar zijn bij wie dat gebeurd is. Daarom hebben we de Minister gevraagd om nu met ons dit overleg te voeren. Ik hoor dus graag van de Minister of ze op de korte termijn samen met de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders en de opstellers van de rapporten tot een oplossing voor dit acute probleem of in ieder geval tot een weg naar een oplossing kan komen. Het CDA zou dit heel graag zien. Als de Minister volgende week dat bestuurlijk overleg voert, kan zij dan bekijken of zij tot een set van aanvullende afspraken kan komen voor de komende termijn, dus voor 2015 en 2016, zodat dit soort praktijken tot het verleden gaat behoren? Het gaat om mensen, om de invulling van de zorgplicht, om het feit dat mensen geneesmiddelen nodig hebben die we hier gewoon hebben en die uiteindelijk ook betaald horen te worden, zodat mensen genezen kunnen worden van kanker. Dat is het belangrijkste wat ik nu als CDA'er aan de Minister vraag. Laten we bekijken of we dit probleem nu of in ieder geval in de komende weken kunnen oplossen.
Ik vind het lastig dat de Minister aangeeft dat er misschien aanvullend onderzoek gedaan moet worden. De rapporten, bestaande uit bijna 200 pagina's, zijn erg overtuigend. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft eigenlijk geconcludeerd dat de bewijzen van het KWF kloppen en dat dit soort praktijken echt plaatsvindt. Kan de Minister op korte termijn hierop een reactie geven?

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Ik steun de Minister in haar probleemstelling en haar toekomstplannen. Ik denk ook dat zij de juiste mens op de juiste plek is om deze koe bij de hoorns te vatten. Het is heel belangrijk dat de prijzen omlaag gaan. Hoe lager de prijs, hoe meer mensen geholpen kunnen worden. Daar wringt nu, in de actualiteit, de schoen. Professor Punt geeft bijvoorbeeld aan dat de helft van de darmkankerpatiënten niet de juiste behandeling krijgt. Het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis zegt dat het nu geld te kort heeft. Dat zijn problemen. De Minister zegt dat zij de nacalculatie heeft. «Na» scheelt maar één letter met «nu». Nu is er een probleem. Het bedrag van de nacalculatie komt pas veel later op tafel. Zoals ik al zei, dat kunnen honderden miljoenen zijn. We weten niet of het bedrag 298 miljoen, 341 miljoen of 681 miljoen is, maar we weten wel dat dit geld er nu niet is. Omdat dat geld nu op is en de zorgverzekeraars nu niet bijspringen, krijgen mensen nu niet de behandeling die ze nodig hebben. Dat is het probleem, maar daarover heb ik helemaal niets gehoord van de Minister. Er is gewoon geen oplossing voor dat acute probleem.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Voorzitter. Volgens mij zijn er twee problemen, een voor de korte termijn en een voor de wat langere termijn. Ik heb van de Minister begrepen dat zij volgende week een bestuurlijk overleg heeft waarin zij met de belangrijkste partijen over de korte termijn zal praten om te kijken of er oplossingen nodig zijn en of het systeem of het stelsel die oplossingen ook mogelijk maakt. Ik snap wel dat er behoefte is aan duidelijkheid en dat mensen willen weten of het schuurt en of er sprake is van postcodegeneeskunde. Dat willen we natuurlijk niet. Kan de Minister de Kamer informeren over de resultaten van dat

bestuurlijk overleg? Kan zij ervoor zorgen dat verder naar beneden doordringt welke duidelijkheid geboden moet worden?
Dat brengt mij bij mijn vraag uit mijn eerste termijn. Ik snap dat de Minister daar geen antwoord op had. Op het moment dat een patiënt of arts merkt dat er niet aan de zorgplicht wordt voldaan, kan hij of zij een klacht indienen bij de IGZ. Ik snap dat dit ingewikkeld is en dat je dit liever niet wilt. Dat is duidelijk. Ik vind echter wel dat we duidelijk moeten maken dat die zorgplicht er simpelweg is, zowel vanuit de zorgverzekeraar als vanuit het ziekenhuis.
Mijn volgende punt betreft de langere termijn. Ik ben benieuwd naar de visie van de Minister op geneesmiddelen die ze in het najaar naar de Kamer zal sturen. Ik denk dat we dan flinke discussies zullen hebben over de toelating tot het pakket. Is kosteneffectiviteit daar bijvoorbeeld een onderdeel van? Ook het voorschrijfgedrag van artsen zal hierbij aan bod komen, evenals de exorbitante prijzen van de farmaceutische industrie. Ik verwacht veel ambitie in de Europese aanpak hiervan. Ik begrijp dat dit lastig is, maar als we niet oppassen, worden we gegijzeld door de farmaceutische industrie. We kunnen het over geld hebben, maar we gaan natuurlijk niet met premiegeld de farmaceutische industrie sponsoren. Op dat punt wil ik dus graag nog wat toezeggingen van de Minister.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Uw collega Bouwmeester heeft tegen de NOS gezegd dat de patiënt nu de speelbal is van verkeerde prikkels, dat de Minister verantwoordelijk is voor dit zorgsysteem en er dus voor moet zorgen dat dit stopt. Ze heeft gezegd dat er snel een einde aan moet komen. Ik vraag de heer Otwin van Dijk wat «snel» is. Wanneer moet dit opgelost zijn?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Uiteraard ben ik het zeer eens met deze wijze woorden van mijn collega. Zij heeft de urgentie aangegeven. Daarom hebben we als commissie gezegd dat we nog voor het reces met de Minister hierover wilden praten. Volgende week heeft de Minister er ook een bestuurlijk overleg over. Ik heb een aantal dingen meegegeven. Ik vind dat de resultaten van dat bestuurlijk overleg niet alleen intern moeten blijven, maar dat er duidelijkheid moet komen. Volgens mij zitten we dus wel op één lijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De PvdA-fractie heeft gezegd dat er snel een einde aan moet komen. Daarom vraag ik nogmaals aan de heer Van Dijk: wat is snel? Wanneer is dat? September, oktober, november?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Snel is nu. Op het moment dat er sprake is van postcodegeneeskunde, op het moment dat artsen het gevoel hebben dat ze niet kunnen voorschrijven wat ze moeten voorschrijven, op het moment dat patiënten het gevoel hebben dat ze een speelbal zijn, kunnen we niet tot september wachten. Dan moet er nu helderheid en duidelijkheid over komen.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Er is al veel over gezegd: op de korte termijn schuurt het. Daarom is het heel goed dat de Minister op zeer korte termijn een bestuurlijk overleg heeft. Binnen de spelregels van het huidige stelsel kan en moet dit opgelost worden. De zorgplicht is daarin het leidende adagium. Ik hecht er wel aan te zeggen dat het goed is dat zorgaanbieders en verzekeraars zich wel degelijk gebonden voelen aan een hoofdlijnenakkoord en dat ze niet zomaar de budgettaire kaders overschrijden. Als echter niet meer de juiste zorg aan de patiënt geleverd kan worden, moet men er wel over in gesprek gaan en moeten er oplossingen komen. Ik sluit hiermee volgens mij aan bij wat anderen hierover gezegd hebben.

Het is heel goed dat de Minister aangeeft dat de forecast verbeterd wordt. De NZa gaf in haar rapport aan dat verzekeraars en ziekenhuizen in de toekomst veel betere en veel strakkere afspraken moeten maken over het aantal patiënten dat men verwacht en hoe dat eruitziet. Als het dan gedurende het jaar totaal anders is dan men verwachtte, kun je daarover een goed gesprek voeren. Dat kan alleen als je van tevoren een goede voorspelling hebt. Het is goed dat de Minister daarop inzet.
Ik wil nog even kort doorvragen op een voor mij belangrijk punt. Daar komen we later ook nog over te spreken. Er komt een sluis, om te beginnen voor één middel. Er wordt bekeken of er een goed prijzenarrangement kan komen en of er goede afspraken kunnen worden gemaakt over passend gebruik. Wat zijn de kaders voor die sluis? Gaan we eerst bekijken hoe dit nu gaat? Of gaat de Minister het al met meer middelen doen? Wordt het in plaats van de uitzondering de norm voor dure geneesmiddelen?

De heer **Krol** (50PLUS): Voorzitter. Ik ben blij dat de Minister een zeer doortastende indruk maakt. Ik ben ook blij dat ze net als wij vindt dat de werkelijke kosten en prijsstelling soms zoek zijn. Ik hoop dat ze hier doortastend iets aan gaat doen. Ik ben heel blij met de toezegging dat ze directies van ziekenhuizen erop wil aanspreken dat sommige specialisten het gevoel hebben dat ze onder druk gezet worden. Ik hoop dat we daar ook de resultaten van te horen krijgen.
Eén probleem blijft nog over, namelijk de medicatiebeoordeling. Ik begrijp wat de Minister hierover heeft gezegd, maar er zijn dus mensen die deze beoordeling uitstellen of helemaal niet laten uitvoeren, omdat ze het niet kunnen betalen. Dat is een probleem voor hun gezondheid en het gaat uiteindelijk ook meer geld kosten. Daar heb ik nog niet echt een antwoord op gehoord.

De **voorzitter**: Daarmee is een einde gekomen aan de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Het woord is aan de Minister.

Minister **Schippers**: Voorzitter. De heer van Gerven zei dat ik aan de bak moet. Ik denk dat heel veel mensen aan de bak moeten om dit probleem op te lossen. We hebben vijf maanden geleden om deze rapporten gevraagd, maar we zijn daarna niet met onze armen over elkaar gaan zitten. Ik ben zelf ook ongelofelijk actief, zeg ik tegen de heer Otwin Van Dijk, om medestanders in Europa te vinden. Het is echter een taai traject, maar ik denk dat het heel veel waard is om dit aan te gaan. Ik ben uitermate gemotiveerd om maximaal in te zetten op dit traject. Ik denk echt dat we met elkaar veel meer resultaat kunnen bereiken dan alleen in Nederland, met maar 2% van de wereldmarkt.
De heer Van Gerven vraagt zich af hoe het mogelijk is dat van alles in de reserves is gegaan. Ik wil goed bekijken waar het probleem zit. Mevrouw Bruins Slot zei dat er geen nader onderzoek nodig is. Vanmorgen hebben we er uitgebreid over gesproken en er is wel nader onderzoek nodig. De praktijkvariatie zit niet alleen in geld. Dan zou het opgelost zijn als er meer geld bij komt. Het gaat echter ook om een heleboel andere punten. Ik vind dat de patiënt de behandeling moet krijgen die bij hem hoort. Geld maar ook andere argumenten mogen geen reden zijn om de behandeling niet te krijgen. Het is duidelijk een meerwaarde als we dit verder onderzoeken.
Het acute punt is het volgende. Er zijn mensen die een bepaalde behandeling of medicijnen niet krijgen. We vinden dit allen onacceptabel. Volgende week heb ik daar een bestuurlijk overleg over. Daar ligt dit prominent op tafel. Dan zullen we met elkaar bespreken wat het probleem is en wat partijen er zelf aan kunnen doen om eruit te komen. Pas als dat helemaal niet lukt, is het aan mij om te bekijken wat ik moet doen om het wel goed te laten lopen. Het lijkt mij een goed idee om de Kamer van de resultaten van dat bestuurlijk overleg op de hoogte te stellen. Dan kunt u

op korte termijn zien wat er besproken is en wat eruit is gekomen. Dat kan ik dus toezeggen. Het gesprek is op donderdag, dus precies over een week. Na het gesprek zal ik u op de hoogte stellen. Aangezien ik die zaterdag op vakantie ga, heb ik het vermoeden dat u vrijdag op de hoogte gesteld wordt van wat er is besproken.
Dan kom ik op het Compassionate Use Programma. De patiënt heeft hierbij zelf geen kosten. De fabrikant betaalt. Het programma is gestart en de fabrikant werkt mee.
Dan kom ik op de vraag wat er moet gebeuren als mensen vinden dat zij niet goed behandeld worden en iets niet krijgen wat zij wel moeten krijgen. Ik vind overigens dat patiënten zich hier niet druk over moeten maken. Als iemand echter wel dat gevoel heeft, moet hij het nummer bellen van het Landelijk Meldpunt Zorg, dat verbonden is aan de inspectie. Ik zal het meldpunt ook alerteren en vragen om hierop snel actie te ondernemen. Het moeten geen lange trajecten zijn.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb op dit punt een motie klaarliggen. Ik wil dat mensen die het gevoel hebben dat er bij hen of bijvoorbeeld bij hun moeder sprake is van postcodegeneeskunde, direct een en ander juridisch kunnen afdwingen. Ik ga er dan even van uit dat het een heldere kwestie is, dat het duidelijk is dat een ziekenhuis of een dokter zijn plicht verzaakt. De Minister zegt dat men zich kan richten tot het Landelijk Meldpunt Zorg. Dit is verbonden aan de inspectie. Het meldpunt belt de verzekeraar en het ziekenhuis op en dan is het een dag erna geregeld. Mag ik het zo interpreteren? Moet het zo lopen?

Minister **Schippers**: Of het in een dag geregeld is, weet ik niet. Ik heb gezegd dat ik het Landelijk Meldpunt Zorg zal alerteren, zodat het erop berekend is. Als iemand belt, moet er direct actie worden ondernomen richting ziekenhuizen en verzekeraars. Ik weet niet hoe complex de situaties zijn die het meldpunt krijgt voorgelegd, maar het moet in ieder geval snel acteren.

De heer **Van Gerven** (SP): Laat ik ervan uitgaan dat het inderdaad een geval van postcodegeneeskunde betreft. Zorgt het Landelijk Meldpunt Zorg er dan voor dat de zorgverzekeraar, het ziekenhuis of beide hun zorgplicht vervullen?

Minister **Schippers**: Het Landelijk Meldpunt Zorg doet dat niet zelf, maar we hebben natuurlijk de inspectie, die toeziet op de kwaliteit van zorg. Als iets onderdeel moet zijn van een behandeling en je krijgt het niet, wordt er niet voldaan aan de kwaliteit van zorg. Ik zal ervoor zorgen dat in de trits zoals we die hebben afgesproken, een snelle reactie wordt georganiseerd. Waarom zit er op dit moment één middel in de sluis? Dat middel kwam eraan. We weten dat het er een is van vele. We gaan die casus verder uitwerken. We hebben dit middel erin gezet. We zijn er nu over in gesprek, maar het is geen eenmalig iets. Dat zou ook niet heel consistent of betrouwbaar zijn. Ik zal het beleid dus verder uitbouwen in de nota.
Dan kom ik op de vraag van de heer Krol. We hebben een eigen risico ingesteld. We hebben met elkaar afgesproken dat iedereen in Nederland zijn zorgpremie moet kunnen betalen. We hebben gekeken naar de zorgpremie en naar het eigen risico. Mensen die deze niet zelf kunnen betalen, krijgen een zorgtoeslag. Mensen met een minimuminkomen krijgen een behoorlijk hoge zorgtoeslag. Naarmate je meer verdient, loopt die toeslag af. In dat systeem en met die berekening moeten we ervan uit kunnen gaan dat iedereen het kan betalen. Zo hebben we het afgesproken. Nu zijn er tekenen dat er sprake is van ongewenste zorgmijding. Daar hebben we in de Kamer ook uitgebreid over gesproken. Als mensen niks hebben en zorg mijden, vinden we dat prettig. Als ze wel wat hebben, vinden we dat niet prettig. Daarover hebben we de

huisartsen ook gehoord. Voor de begrotingsbehandeling komen ze met een onderzoek naar de vraag of er daadwerkelijk sprake van is en waar we dat moeten vinden. Om welke groepen gaat het? Zijn dat onverwachte groepen of juist niet? Het is heel opmerkelijk dat je in de groep wanbetalers heel veel studenten ziet. Die hebben baantjes en zijn nu niet de mensen die het minste geld bij elkaar kunnen regelen. Ik wil dat onderzoek dus even afwachten. Het systeem is er wel op gebaseerd dat iedereen het met de zorgtoeslag moet kunnen betalen.

De heer **Krol** (50PLUS): Als er iets uit dat onderzoek komt dat negatief is voor de volksgezondheid en uiteindelijk zal zorgen voor een kostenverhoging, gaan we er dan alles aan doen, linksom of rechtsom, om de medicatiebeoordeling bij mensen te laten plaatsvinden? Heb ik de Minister daarbij aan mijn zijde?

Minister **Schippers**: Dan komen we op een stelseldebat. Dat wil ik best voeren. Dat onderwerp is altijd relevant, omdat het veel betekent voor mensen. Ik zeg altijd: we leven in een land waarin het verschil tussen iemand die een heel dure ziekte heeft, die misschien een ton per jaar kost, en iemand die helemaal gezond is en nooit naar de dokter gaat, maximaal € 375 is. Ik ben er trots op dat ik in zo'n land woon. Mensen hoeven nooit hun huis te verkopen of leningen aan te gaan als ze een dure ziekte hebben. Je kunt twisten over de vraag of een eigen risico het mooiste systeem is. Ik ben zelf altijd een groot voorstander geweest van de no-claim, maar die is politiek afgeschoten. Het is een eigen risico geworden. Met een no-claim heb je nooit vooraf de drempel, maar heb je achteraf het kostenverschil. We zullen dit debat zeker nog voeren tijdens de begrotingsbehandeling. Daar vertrouw ik op.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb nog een korte vraag. De Minister zegt dat ze wel degelijk ziet dat er een acuut probleem is en dat ze dit in het bestuurlijk overleg zal adresseren. Ze gaat overleggen en bekijken of men eruit komt. Wanneer is voor de Minister de deadline dat alle partijen, dus de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders en de Minister, met een oplossing moeten komen?

Minister **Schippers**: In dat bestuurlijk overleg wil ik met elkaar bekijken hoe groot het probleem is, waarom het niet opgelost wordt en waar de knelpunten zitten. Ik vermoed dat dit best een gesprek zal zijn waarin goed wordt bekeken wat de ander claimt. Dat zijn we ook verschuldigd aan de premiebetalers. Dat zullen we dus ook doen. We zitten echter niet voor niets om tafel. Het ligt op tafel, omdat een aantal ziekenhuizen heeft aangegeven dat zij de duurdere patiënten krijgen omdat zij gespecialiseerd zijn. Dat zijn natuurlijk de ziekenhuizen waar wij vooral op letten. Als er met een duur geneesmiddel gewerkt moet worden, sturen andere ziekenhuizen de patiënten door de poort naar die ziekenhuizen. We zullen goed bekijken waar het probleem ligt. Ik zal het gesprek serieus en goed aangaan. Ik zal de Kamer verslag doen van hetgeen er uit het gesprek komt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vraag dit om te wegen of ik wel of niet een motie moet indienen. De Minister zegt dat zij verantwoordelijk is voor het systeem en voor de eindafrekening. Dat snap ik. Zij moet ervoor zorgen dat de balans klopt. We zien echter dat dit individuele mensen treft, die wel of niet een bepaalde behandeling krijgen. Dat blijkt uit het rapport van de werkgroep dure kankergeneesmiddelen. Daarom vraag ik het nog een keer. Ik snap de stelselverantwoordelijkheid van de Minister, maar het gaat om individuele mensen voor wie het probleem opgelost moet worden. Wanneer zal dit probleem opgelost zijn? Welke deadline legt zij in het veld neer?

Minister **Schippers**: Ik vind dat die individuele problemen van mensen helemaal niet hadden mogen bestaan en dus nu al opgelost moeten zijn. Er is gewoon een zorgplicht. Dat gesprek ga ik dus heel graag aan. Het is niet de bedoeling dat er halverwege gestopt wordt met een behandeling. Zo hebben we het niet met elkaar afgesproken. Mevrouw Bruins Slot vraagt wanneer de deadline is, maar het moet nu gewoon al niet voorkomen. Als het voorkomt, sturen we, zoals ik net met de heer Van Gerven heb afgesproken, de inspectie erop af.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik aarzel even omdat we volgens mij ook een beetje in herhaling vervallen. De Minister zegt steeds dat je een behandeling ook moet afmaken. Ja, natuurlijk. Zo overduidelijk ligt het echter niet. Voor patiënten is het helemaal niet duidelijk of een behandeling niet wordt afgemaakt of dat ze een medicijn niet krijgen dat er wel is. Ze moeten erop vertrouwen dat er een volledige behandeling wordt gegeven. Daarom heb ik in tweede termijn gevraagd hoe de Minister ervoor kan zorgen dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars patiënten hierin duidelijk inzicht geven. Ik heb ook nog gevraagd naar de ziekenhuizen die geen contracten hebben en waarbij de nacalculatie aan de orde is. Hoe kijkt zij daartegen aan?

Minister **Schippers**: Wat mij opviel is dat er grote verschillen zitten tussen ziekenhuizen, ook gezien de stages die vanochtend gepresenteerd zijn. Ik wil weten hoe dat kan. Ik begrijp best dat dit nader onderzoek vergt. Het kan ook zijn dat een arts te weinig verschil ziet als hij een middel voorschrijft of dat hij patiënten heeft bij wie het net een fractie anders ligt. Dat is wat anders dan zeggen dat er geen geld is. Dat is de nadere slag die we nodig hebben. Een medicus is het aan zijn professie verplicht om de richtlijnen te volgen. De ziekenhuizen hebben een zorgplicht. Als je aan een behandeling begint, moet deze ook uitgevoerd worden. De zorgverzekeraar moet daarvoor betalen. Ik heb volgende week iedereen om de tafel. Dan wil ik het gesprek aangaan. Het is een probleem. Het is niet uit de lucht gevallen; het is geen gerucht. Er zijn twee rapporten. De vraag is hoe we het gaan oplossen. We moeten allen bekijken wat we zelf kunnen doen en wat we niet zelf kunnen doen en hoe we het probleem dan oplossen. Iets mooiers kan ik er niet van maken. Ik kan niet op de oplossingen vooruitlopen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik constateerde al dat we waarschijnlijk in herhalingen zouden vervallen. De Minister verwijst naar het bestuurlijk overleg. We kijken erg uit naar het resultaat daarvan en zullen dan verder kijken.

De heer **Van Gerven** (SP): Er is even gesondeerd en ik constateer dat er toch behoefte is aan een VAO. Het staat voorlopig al gepland voor vanavond. Dat vindt dus nog plaats. Ik heb nog een concrete vraag over Nivolumab. Kan de Minister het tijdstraject van het proces aangeven? Ik hecht er wel aan dat de Kamer nog naar de deal, als die er komt, kan kijken voordat die gesloten wordt. Dan kunnen we onze controletaak als Kamer uitoefenen. Dit is namelijk een heel grote zaak, waarbij een bepaalde richting wordt ingeslagen.

Minister **Schippers**: We proberen dit in een aantal maanden af te ronden. Ik doe altijd verslag van het resultaat als het afgerond is. Er worden natuurlijk ook contractueel dingen afgesproken die ik nu niet kan overzien. Ik vermoed dat het een aantal maanden duurt. Zoiets kan heel snel gaan, maar ook heel langzaam, afhankelijk van de snelheid waarmee men tot een vergelijk komt.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat is niet helemaal een antwoord op mijn vraag. Het kan snel, maar het kan ook lang duren. Ik heb gevraagd of de Minister bereid is om er, voordat ze de deal sluit, met de Kamer over te spreken. De voorwaarden waaronder de sluis wordt ingevuld, worden dan namelijk in praktijk gebracht. Daar kan de Kamer ook nog wel ideeën over hebben. Dat is een beetje mijn dilemma.

Minister **Schippers**: Dat gaat niet lukken. Ook bij de extramurale onderhandelingen hebben we dat gezien. Zo werkt het systeem in Europa. Ik kan me er wel tegen verzetten, maar als ik de contractuele dingen wissel, heb ik geen contract. Ik kan het contract niet publiek maken voordat ik het sluit. Dan hoef ik er überhaupt niet aan te beginnen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik snap wel dat het niet publiek gemaakt kan worden, maar er zijn meer wegen die naar Rome leiden. Ik snap ook wel dat een conceptcontract niet publiek besproken kan worden, maar ik zit wel met een dilemma. Er is al geschetst dat het kan gaan over 200 miljoen. De Kamer zou daar op de een of andere manier ook haar licht over willen laten schijnen. Kan daar een modus voor gevonden worden?

Minister **Schippers**: Ik zal in ieder geval een brief aan de Kamer schrijven over die sluis. Ik heb een en ander nu mondeling gewisseld, maar ik vind het van belang dat de Kamer goed weet wat het inhoudt en welke typen afspraken gemaakt worden.

De **voorzitter**: Daarmee is een einde gekomen aan de tweede termijn van dit algemeen overleg.
Ik neem graag met u de toezeggingen door. We hebben drie toezeggingen genoteerd.

- In het najaar ontvangt de Kamer een visiebrief over de gepubliceerde adviezen van de NZa en het KWF, waarin onder andere aandacht zal worden geschonken aan het Europese perspectief en de suggesties die verschillende leden hebben gedaan.
- De Kamer wordt zo snel mogelijk geïnformeerd over de sluis van Nivolumab. De brief over de sluis komt volgende week.
- De Kamer zal voor volgende week zondag worden geïnformeerd over de resultaten van het bestuurlijk overleg dat volgende week zal plaatsvinden.

Dat waren de toezeggingen. Ik heb van de heer Van Gerven begrepen dat de vooraankondiging van de aanvraag van een VAO wordt omgezet in een VAO. In het voorlopige schema staat het VAO gepland vanavond om 22.15 uur. Dat is nog een heel aardige tijd in deze drukke agenda.
Ik bedank de Minister voor haar aanwezigheid en bijdrage in dit debat, evenals de ambtelijke ondersteuning. Ik dank de Kamerleden voor hun aanwezigheid bij dit allerlaatste algemeen overleg in de Kamer. Ik dank de mensen op de publieke tribune voor hun aanwezigheid en belangstelling, evenals de mensen die het debat op een ander manier gevolgd hebben. Ik wens iedereen een heel mooie vakantie toe. Tot na het reces.

Sluiting 17.37 uur.